



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

SEXUALIDADE E REABILITAÇÃO: VIVÊNCIAS DE LESIONADOS MEDULARES

Edite Oliveira Félix de Queirós

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Edite Oliveira Félix de Queirós

SEXUALIDADE E REABILITAÇÃO: VIVÊNCIAS DE LESIONADOS MEDULARES

III Mestrado
em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Clara de Araújo

junho de 2015

RESUMO

As lesões vertebro medulares são devastadoras para as pessoas, para a sua família e para a sociedade em geral. Atingem geralmente jovens adultos, têm etiologia variada e acarretam um grau variável de alterações nas funções motoras e sensoriais intimamente interligados com nível e extensão da lesão. Além das sequelas motoras e sensoriais, as lesões vertebro medulares são acompanhadas por um conjunto de alterações psicológicas que condicionam a capacidade sexual, a percepção e vivência da sexualidade. A sexualidade não é neutralizada pela lesão. A reabilitação da vida sexual é determinante na qualidade de vida da pessoa com lesão medular e não pode ser negligenciada no cuidar em enfermagem, em particular pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Com base nestes pressupostos emergiu a questão de investigação *“Qual a percepção dos lesionados medulares relativamente à sexualidade e qual o contributo do Enfermeiro de Reabilitação para a vivência da mesma?”* cujos objetivos visam compreender a vivência da sexualidade por portadores de lesão vertebro medular e conhecer o contributo do enfermeiro de reabilitação neste âmbito, procurando respostas específicas nesta área de especialidade em enfermagem que incrementem a qualidade de vida dos lesionados medulares.

Neste âmbito, a opção metodológica recaiu sobre abordagem qualitativa, na medida em que se propõe uma análise interpretativa das vivências dos lesionados medulares. Realizou-se um estudo de natureza exploratória e descritiva, mediante entrevista semiestruturada, a oito indivíduos do sexo masculino, tetraplégicos e paraplégicos após traumatismo vertebro medular. O tratamento e interpretação dos dados foram efetuados com base na análise de conteúdo.

Os resultados obtidos indicam que após a lesão sucedem-se distintas modificações na vivência e percepção da sexualidade, e o nível e extensão da lesão não têm efeito significativo. Das alterações percecionadas destacamos a valorização da dimensão relacional relativamente ao padrão de comportamento sexual após a lesão. Verificamos que são inúmeras as dificuldades de expressão da sexualidade, sendo as mais prevalentes as implicações físicas e complicações orgânicas resultantes da lesão comparativamente com as sociais. Constatámos ainda que cinco dos oito entrevistados não usufruíram de qualquer tipo de abordagem e/ou informação sobre sexualidade aquando permanência em unidade hospitalar ou centro de reabilitação.

Enfatizámos a proatividade dos entrevistados para ultrapassar estas lacunas, nomeadamente a capacidade de resiliência e valorização pessoal, tal como os cuidados com a parceira, a exploração e o diálogo. Além disso a terapêutica farmacológica e/ou cirúrgica é conhecida e utilizada, sendo a percepção sobre a funcionalidade desta divergente. Relativamente à intervenção e contributos do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação verificámos que, uma minoria dos entrevistados teve contacto e considera a relação positiva, tendo ocorrido a abordagem da sexualidade, contudo defendem que esta não foi suficiente.

Após a ocorrência da lesão medular é indiscutível a redefinição do conceito e vivência da sexualidade.

Palavras-chave: Sexualidade; Lesão Vertebro Medular; Reabilitação; Enfermagem.

ABSTRACT

The spinal cord injuries are devastating for the people, for your family and for the society in general. Usually they reach young adults, have varied etiology and carry a variable degree of changes in the sensory and motor functions closely interconnected with the level and extent of the injury. In addition to the motor and sensory squeals, the spinal cord injuries are accompanied by a set of psychological changes that affect sexual ability, the perception and experience of sexuality. Sexuality is not neutralized by the injury. The rehabilitation of sex life is determining in the quality of the life of people with spinal cord injuries and cannot be neglected in nursing care, particularly by specialists in rehabilitation nursing.

Based on these assumptions appeared some questions from the research: *"What is the perception of spinal cord injury in relation to sexuality and what is the contribution of the Nurse of Rehabilitation for the experience of it?"* Whose objectives aim to understand the experience of sexuality for patients with spinal cord injury and know the contribution of the rehabilitation nurse in this area, looking for specific answers in this nursing specialty that enhance the quality of life of the people whit this injuries.

In this context, the methodological choice fell on a qualitative approach, so it proposes an interpretative analysis of the experiences of spinal cord injuries. We conducted an exploratory and descriptive study, through semi-structured interview, eight males, quadriplegics and paraplegics after spinal cord trauma. The processing and interpretation of the results were made based on content analysis.

The results show that after an injury a succession of distinct changes in experience and perception of sexuality, and the level and extent of injury have no significant effect. After analyzing the changes, we highlighted the appreciation of the relational dimension relative to the pattern of sexual behavior after the injury. We found that several difficulties in the expression of sexuality and the most prevalent are the physical implications and organic complications caused by the injury than the social ones. We found although that five of the eight respondents have not obtained any type of approach and/or information about sexuality when staying in hospital or rehabilitation center. We emphasized proactively of the respondents to overcome these shortcomings, like the resilience and self-worth as the care partner, exploration and dialogue. Furthermore the pharmacological and/or surgical therapy is known and used, and the perception of the functionality of this is divergent. With regard to intervention and contributions of nurse specialist in rehabilitation nursing we noticed that a

minority of respondents had contact and considers the positive relationship, occurring the sexuality approach, but argued that this was not enough.

After the occurrence of the spinal cord injury is indisputable redefining the concept and experience of sexuality.

Keywords: Sexuality, Spinal Cord Injuries, Rehabilitation, Nursing.

AGRADECIMENTOS

No *terminus* deste percurso, queria deixar espelhado o meu agradecimento a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a termo deste trabalho, em particular:

À minha orientadora, Professora Doutora Clara de Araújo, pela dedicação que teve. Por pura e simplesmente ser a Profissional e Pessoa que representa para mim. Bem-haja!

Às pessoas com lesão medular, que voluntariamente deram o seu substancial contributo. O meu profundo apreço e respeito.

À minha família, o meu “farol”, por todo o amor, colo e força que sempre me transmitiram.

Aos Amigos. Vocês sabem quem são e o que representam para mim. Supremo valor. Privilegiada que sou!

E a todos que deram o seu pequeno contributo, nem que fosse um sorriso.

A todos um SINCERO e SENTIDO OBRIGADA!

*A todos os lesionados vertebro medulares que
generosamente deram o seu contributo, em prol da
Enfermagem...*

*“(...) as outras pessoas não pensam que tu tens essa necessidade.
(...) As pessoas pensam que o deficiente tem uma sexualidade suja.
(...) Porque as pessoas olham para nós como uma coisa à parte. Nós
somos deficientes, não somos homens. Portanto nós estamos assim,
não temos direito a ter sexo, não temos direito a ter sensações, não
temos direito a prazer, é isso. (...) a sociedade ainda não está aberta
para este tipo de vivência e de sentir o outro como um ser normal,
com direito a sentir, a viver e a ter prazer.”*

E₄

SUMÁRIO

RESUMO	iii
ABSTRACT	v
AGRADECIMENTOS	vii
DEDICATÓRIA	ix
PENSAMENTO	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xv
ÍNDICE DE QUADROS	xvii
ÍNDICE DE TABELAS	xix
SIGLAS	xxi
ABREVIATURAS	xxiii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - A LESÃO VERTEBRO MEDULAR	5
1.1. Coluna vertebral: considerações anátomo-fisiológicas	7
1.2. Caracterização de lesão vertebro medular	8
1.3. Etiologia, epidemiologia, incidência e prevalência	11
1.4. Complicações orgânicas que interferem na atividade sexual	13
CAPÍTULO II - SEXUALIDADE E LESÃO VERTEBRO MEDULAR	19
2.1. Sexualidade e saúde sexual	21
2.2. Fisiologia normal da sexualidade	23
2.3. A vivência da sexualidade após a lesão vertebro medular	24
CAPÍTULO III - INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM NA SEXUALIDADE DOS LESIONADOS MEDULARES	31
3.1. Do processo de cuidados às competências da Enfermagem de Reabilitação	33
3.2. A reabilitação sexual e o modelo PLISSIT	38
CAPÍTULO IV - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	41
4.1. Objetivos e questões de investigação	43
4.2. Tipo de estudo	43
4.3. Participantes	44
4.4. Considerações éticas	46

4.5. Estratégia de recolha de dados	47
4.6. Tratamento e análise de dados.....	48
CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	53
5.1. Caracterização dos participantes	57
5.2. Funcionalidade sexual do lesionado medular.....	59
5.3. Dificuldades na expressão da sexualidade	62
5.4. Necessidades de informação do lesionado medular sobre sexualidade.....	73
5.5. Estratégias de adaptação do lesionado medular na sexualidade.....	78
5.6. Recursos utilizados na vivência da sexualidade.....	83
5.7. Intervenção do enfermeiro de reabilitação na vivência da sexualidade	87
CONCLUSÕES.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
APÊNDICES	107
Apêndice 1 - Guião da entrevista	109
Apêndice 2 - Termo de consentimento informado	113
Apêndice 3 - Cronograma de atividades	117
Apêndice 4 - Matriz de redução de dados	121

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Nível sensitivo da ASIA.....	10
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Escala de classificação da lesão medular da ASIA	10
Quadro 2 - Níveis de LVM e prognóstico funcional	11
Quadro 3 - Nível da lesão completa e resposta sexual.....	14
Quadro 4 - Tempo de entrevista por participante e respetiva transcrição.....	48
Quadro 5 - Regras aplicadas na elaboração de categorias	50
Quadro 6 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias da análise dos conteúdos das narrativas	56
Quadro 7 - Caracterização dos participantes	57
Quadro 8 - Caracterização do meio de locomoção dos participantes	59

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela Síntese 1 - Funcionalidade sexual do lesionado medular	60
Tabela Síntese 2 - Dificuldades na expressão da sexualidade do lesionado medular.....	63
Tabela Síntese 3 - Necessidades de informação do lesionado medular sobre sexualidade	73
Tabela Síntese 4 - Estratégias do lesionado medular na vivência da sexualidade.....	79
Tabela Síntese 5 - Recursos utilizados pelos lesionados medulares ao nível da sexualidade	83
Tabela Síntese 6 - Intervenção do enfermeiro de reabilitação na sexualidade do lesionado medular.....	87

SIGLAS

ASIA	American Spinal Injury Association
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
LVM	Lesão Vertebro Medular
OMS	Organização Mundial de Saúde

ABREVIATURAS

C1	Primeira vértebra cervical
C2	Segunda vértebra cervical
C3	Terceira vértebra cervical
C4	Quarta vértebra cervical
C5	Quinta vértebra cervical
C6	Sexta vértebra cervical
C7	Sétima vértebra cervical
T1	Primeira vértebra torácica
T3	Terceira vértebra torácica
T4	Quarta vértebra torácica
T5	Quinta vértebra torácica
T6	Sexta vértebra torácica
T9	Nona vértebra torácica
T10	Décima vértebra torácica
T11	Décima primeira vértebra torácica
T12	Décima segunda vértebra torácica
L1	Primeira vértebra lombar
L2	Segunda vértebra lombar
L3	Terceira vértebra lombar
L4	Quarta vértebra lombar
L5	Quinta vértebra lombar
S1	Primeira vértebra sagrada
S2	Segunda vértebra sagrada
S4	Quarta vértebra sagrada
S5	Quinta vértebra sagrada

INTRODUÇÃO

Ao analisar os grandes problemas de saúde, em termos populacionais, verifica-se que a maioria deles tem origem em hábitos e estilos de vida próprios e que a sua prevenção ou correção passa pela mudança de atitudes e de comportamentos. As lesões vertebro medulares (doravante LVM) são devastadoras para as pessoas, para a sua família e para a sociedade em geral (Araújo e Rocha, 2004; Carvalho, 2002; Cardoso, 2000; Hoeman, 2000). Atingem geralmente jovens adultos e têm etiologia variada (Maia, 2012; Ministério da Saúde, 2011; Garret, 2011; Lopes, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2009; Delisa, 2002; Cardoso, 2000). O processo de reabilitação começa no local do acidente (Comité do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians, 2004), continua no hospital e tem continuidade em casa (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Estas lesões afetam o Homem, na sua vertente física e psíquica, condicionando a sua capacidade sexual, a sua perceção e vivência da mesma, afetando consequentemente o seu autoconceito e autoestima (Garret, 2011; Oliveira, 2004, 2002; Cardoso, 2003).

Para a Organização Mundial de Saúde, a sexualidade é um aspeto essencial na qualidade de vida de qualquer indivíduo, estando presente em tudo o que somos, o que sentimos e o que fazemos (Garret e Teixeira, 2007). Os direitos sexuais são uma componente dos Direitos Humanos e os profissionais de saúde devem ser perseverantes nos esforços para diminuir o estigma, melhorar o acesso aos serviços de saúde e aumentar o reconhecimento da sexualidade como um aspeto positivo da vida humana (Duchene, 2011; Garret, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2009; Simões e Medeiros, 2005; Ducharme, 1992).

Quando a sexualidade é abordada na deficiência torna-se ainda mais desprovida de interesse por parte da sociedade que tende a olhar para os portadores de lesão medular como pessoas doentes e incapacitadas nas atividades de vida diária, particularmente na atividade sexual. Deficiência não quer dizer desqualificação. A pessoa com deficiência tem as suas idiossincrasias, e devemos valorizar as suas capacidades em detrimento do que ela é incapaz de fazer, o que é extensível à área da sexualidade (Simões e Medeiros, 2005). Através da educação sexual, o enfermeiro de reabilitação sugere intervenções e fornece informação à pessoa com lesão e ao seu parceiro (Lopes, 2011).

Uma das barreiras para a discussão da sexualidade na LVM, prende-se com a carência de relatos de experiências sobre o assunto, que sustentada pelo preconceito e discriminação existentes, contribui para uma perspetiva negativa face ao portador de deficiência como não

tendo direito a vivenciar a sua sexualidade (Ministério da Saúde, 2011; Garret, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2009; Garret, Martins e Teixeira, 2009a; Cardoso, 2003). Desta forma, o desenvolvimento desta faceta fundamental para o ser humano tem sido negligenciado, silenciado e desconsiderado tanto pelas famílias como pelos profissionais de saúde.

Desta forma consideramos pertinente desenvolver este estudo no âmbito da sexualidade na pessoa com LVM, com base nos seguintes fundamentos:

- Existência significativa de LVM de origem traumática em Portugal, tendo vindo a verificar-se acréscimo (Garret, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2009; Cardoso, 2003; Fonseca e Morais, 2001);
- Inexistência de estudos epidemiológicos atualizados para a realidade portuguesa (Garret, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2009; Cardoso, 2003; Fonseca e Morais, 2001);
- Parcos dados estatísticos internacionais e mundiais relativos à LVM, interligado com períodos díspares na realização dos mesmos e distintos critérios de avaliação (Garret, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2009);
- Escassez de estudos desenvolvidos na área da enfermagem de reabilitação, concretamente relativos à intervenção do enfermeiro de reabilitação na área da sexualidade (Garret, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2009; Fonseca e Morais, 2001);
- Dificuldade dos portadores de LVM exercer os seus direitos e na procura de autonomia, através da inserção e participação social efetiva (Garret, 2012);
- O objetivo final das atividades de enfermagem de reabilitação direcionam-se no sentido de ajudar o indivíduo a conseguir manter o máximo de independência e autonomia no desempenho das atividades de vida diária, na sua nova condição motora e cognitiva (Ordem dos Enfermeiros, 2009);
- Interesse suscitado pelo incremento de conhecimentos e de competências neste âmbito essenciais à desconstrução de mitos e tabus associados à sexualidade na deficiência, ainda hoje tão disseminados na nossa sociedade, bem como pelo facto de um grande número de pessoas com lesão medular não possuir conhecimentos adequados na área da sexualidade (Garret, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2009);

- Constatação da existência de lacunas ao nível da intervenção do enfermeiro de reabilitação que importa corrigir em prol da qualidade de vida das pessoas portadoras de LVM.

Estes aspetos foram despertando o interesse em analisar a sexualidade no LVM, o que após reflexão, nasce a questão que serviu de ponto de partida à presente investigação foi ***“Qual a percepção dos lesionados medulares relativamente à sexualidade e qual o contributo do Enfermeiro de Reabilitação para a vivência da mesma?”***

Com a finalidade de dar resposta a esta questão definimos os seguintes objetivos:

- Compreender a vivência da sexualidade por portadores de LVM.
- Conhecer o contributo do enfermeiro de reabilitação para a vivência da sexualidade do lesionado medular.

Este estudo de investigação teve como finalidade procurar respostas na área da enfermagem de reabilitação em particular na vertente da sexualidade e contribuir através do enfermeiro de reabilitação para a vivência da sexualidade dos indivíduos com lesão medular adquirida.

O presente trabalho está organizado em cinco capítulos. Nos três primeiros capítulos, é ostentado o estado da arte com respetivo enquadramento da temática. Relativamente ao quarto capítulo, é exposto o procedimento metodológico e no quinto capítulo a apresentação e interpretação dos resultados obtidos. Este estudo de investigação termina com as principais conclusões, limitações e sugestões que emergiram desta investigação.

**CAPÍTULO I -
A LESÃO VERTEBRO MEDULAR**

Antes de considerar a sexualidade no lesionado medular, efetuar-se-á uma breve revisão anatômica e fisiológica da coluna vertebral para posteriormente caracterizar a lesão vertebral medular e mencionar sua epidemiologia, etiologia, incidência e prevalência, bem como abordar as alterações e complicações orgânicas que podem alterar a atividade sexual.

1.1. Coluna vertebral: considerações anátomo-fisiológicas

A coluna vertebral tem quatro funções essenciais: dar suporte estrutural ao corpo; possibilitar o movimento; proteger a espinal medula e permitir absorção de choques no corpo. Classicamente é dividida em região cervical, dorsal ou torácica, lombar e sacrococcígea. É constituída por 33 vértebras: sete cervicais (de C1 a C7), doze torácicas (de T1 a T12), cinco lombares (de L1 a L5), um sacro que é formado por cinco vértebras fundidas (S1 a S5), terminando no cóccix que é composto por quatro vértebras rudimentares. Cada vértebra é composta pelo corpo vertebral, apófise espinhosa, apófises transversas, apófises articulares, lâminas vertebrais e pedículos, sendo o canal vertebral delimitado pelo corpo vertebral e pela apófise espinhosa onde se encontra a espinal medula (Muscolino, 2008; Comité do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians, 2004).

A espinal medula atravessa o canal vertebral em sentido craniocaudal estando revestida pelas meninges (dura-máter, aracnoide e pia-máter) e é a maior via da informação motora e sensitiva entre o cérebro e o corpo (Greve e Ares, 1999). Num corte transversal, a espinal medula assemelha-se a um H e grosseiramente está dividida em substância cinzenta: parte interna, constituída pelos corpos dos neurónios espinhais e substância branca: parte externa, organizada em segmentos e formada por neurónios motores e sensitivos. O sistema nervoso periférico é constituído por 31 pares de nervos espinhais: dos quais oito são cervicais, doze torácicos, cinco lombares, cinco sacrais e um coccígeo. Cada par de nervos está interligado a um segmento medular e não emerge no nível vertebral correspondente. As raízes ventrais são motoras e transmitem impulsos da espinal medula para todo o corpo, enquanto as raízes dorsais são sensoriais e transmitem impulsos sensoriais de áreas específicas do corpo. Cada área sensitiva sob controlo de uma raiz nervosa designa-se *dermatomo* e o conjunto inervado pela respetiva raiz denomina-se *miótomo* (Hüter-Becker e Dölken, 2008; Comité do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians, 2004; Greve e Ares, 1999; O'Sullivan e Schmitz, 1993; Jacob, Francone e Lossow, 1982).

Com base nesta breve análise anatomofisiológica pode-se dizer que a espinal medula comanda todos os impulsos nervosos do corpo, sejam estes motores ou sensoriais. O sistema

motor é complexo e a função motora depende da integridade, entre outras estruturas, das vias nervosas, contidas na mesma.

1.2. Caracterização de lesão vertebro medular

A primeira descrição disponível de uma pessoa com LVM foi encontrada num papiro de Edwin Smith, escrito há cerca de 3000 anos antes de Cristo. O médico egípcio descreve o caso de um homem com fratura do pescoço com paralisia nas extremidades, os músculos estavam atrofiados e a função excretora era caracterizada por um gotejamento constante. Assim e de acordo com as evidências clínicas apresentadas, classificou a doença como não tratável. Como as complicações da lesão eram mal compreendidas na época, esta definição foi mantida durante milénios (Greve, 2007; Cardoso, 2000; Kottke e Lehmann, 1994). Enriquece ainda Aguiar (1994), que considerando a falta de conhecimentos e de compreensão das complicações que advém da LVM até por volta dos anos 50, a mortalidade nestes casos era quase, se não mesmo total.

É recente na história da Medicina a preocupação com a reabilitação das pessoas com LVM. Foi desde a Segunda Guerra Mundial, na Inglaterra que o Donald Munro e Sir Ludwig Gutman desenvolveram trabalhos pioneiros de assistência e pesquisa que visavam compreender os mecanismos fisiopatológicos da lesão, tal como formas de abordagem terapêutica e tratamento adequado. Desde então a qualidade e esperança de vida aumentaram significativamente (Cardoso, 2000; Greve e Ares, 1999).

Após uma LVM fica sempre uma lesão funcional neurológica, que assume diferentes especificidades consoante o nível e a extensão da lesão, e caracteriza-se por alterações da motricidade, sensibilidade superficial e profunda e distúrbios neurovegetativos dos segmentos do corpo localizados abaixo da mesma (Hüter-BecKer e Dölken, 2008; Greve e Ares, 1999).

Genericamente, o termo *tetraplegia* refere-se à privação ou diminuição da função motora e/ou sensorial nos segmentos cervicais da espinal medula, provocada pela destruição de elementos neurais do canal medular, resultando na alteração da função nos membros superiores e inferiores, tal como no tronco e órgãos pélvicos. A *paraplegia* é definida como a perda ou diminuição da função motora e/ou sensorial nos segmentos torácicos, lombares ou sacrados da espinal medula, por destruição de elementos neurais. A função dos membros superiores mantém-se intacta, contudo, dependendo do nível da lesão, o tronco, os membros inferiores e os órgãos pélvicos podem estar funcionalmente comprometidos (Ordem dos Enfermeiros 2009; Greve, 2007). No que concerne ao tipo de lesão pode ser completa ou incompleta. Na

completa, está ausente a função sensitiva e motora abaixo do nível da lesão, contudo pode-se observar uma zona de preservação parcial, onde os dermatomos e miótomos mais distais do nível neurológico permanecem parcialmente enervados. Por sua vez na lesão *incompleta* há preservação parcial da função sensitiva e/ou motora, abaixo do nível da lesão, inclusive do último segmento sagrado (Lopes, 2011; Ordem dos Enfermeiros 2009; Greve, 2007).

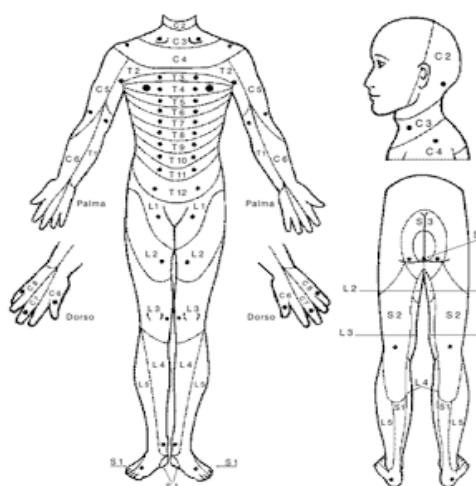
Os autores supracitados descrevem ainda seis síndromes que podem ocorrer em lesões incompletas: *síndrome do centro medular*: lesão que danifica a região cervical e os défices têm predomínio nos membros superiores; *síndrome de Brown-Séquard*: ocorre uma hemiseção da medula e origina perda motora e proprioceptiva homolateral e ausência de sensibilidade térmica e dolorosa contralateral; *síndrome medular anterior*: lesão na parte anterior da medula e que apesar da propriocepção se manter preservada ocorre perda variável da função motora e da sensibilidade à dor e à temperatura; *síndrome posterior da medula*: lesão com perda de propriocepção e sensibilidade tátil, mantendo sensibilidade dolorosa e térmica, tal como a função motora [rara]; *síndrome do cone medular*: característico de lesões na zona sagrada em que causa perda de reflexos nos membros inferiores e alterações dos esfíncteres vesicais e intestinais e por fim a *síndrome da cauda equina*: lesão das raízes nervosas lombares dentro do canal neuronal e que se apresenta por arreflexia da bexiga, intestino e dos membros inferiores. As LVM incompletas têm melhor prognóstico (Greve e Ares, 1999).

É indispensável aquando a LVM uma avaliação metódica dos dermatomos e miótomos, porque permite determinar os *níveis motores e sensitivos* [segmentos medulares] afetados e desta avaliação obter o *nível neurológico* – segmento mais caudal da medula espinal em que a função sensorial e motora está preservada em ambos os hemisférios conforme a Figura 1; a avaliação da sensibilidade, a avaliação motora e a *zona de preservação parcial* (Greve e Ares, 1999; Schneider, 1994).

De acordo com O’Sullivan e Schmitz (1993) são utilizados diversos métodos na identificação do nível da lesão por todo o mundo e o mais utilizado consiste em identificar o segmento mais distal que envolve a raiz nervosa com função normal, juntamente com o nível esquelético. Com o intuito de homogeneizar a terminologia usada na avaliação da LVM, a *American Spinal Injury Association* (ASIA) incrementou em 1982 a primeira edição dos *International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury* e desde então tem sofrido consecutivas remodelações, sendo a mais recente em 1996. A ASIA padronizou a

classificação da lesão medular, ao permitir homogeneizar a mesma quanto ao nível e tipo, e possibilitar ainda a avaliação em ambos hemis corp os e a determinação do grau de deficiência. Também permite realizar o diagnóstico de diversas síndromes medulares, o que coadjuva no prognóstico funcional e no programa de reabilitação. Após a avaliação pormenorizada atribui-se um grau de incapacidade, baseado na escala da ASIA- Quadro 1 (Greve, 2007).

Figura 1- Nível sensitivo da ASIA



Quadro 1 - Escala de classificação da lesão medular da ASIA

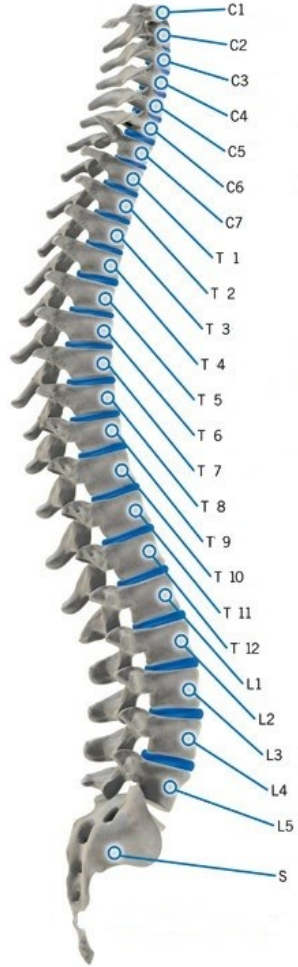
GRAU	DESCRIÇÃO
A	Completa: ausência de função sensitiva e motora nos segmentos sacrados.
B	Incompleta: há função sensitiva preservada e ausência de função motora abaixo do nível de neurológico, inclusive nos segmentos sacrados.
C	Incompleta: há função motora preservada abaixo do nível de lesão, e mais de metade dos músculos abaixo do nível neurológico tem grau de função motora inferior a 3.
D	Incompleta: função motora preservada abaixo do nível da lesão e pelo menos metade dos músculos abaixo do nível neurológico tem grau de função motora igual ou superior a 3.
E	Normal: as funções sensitivas e motoras são normais.

Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2009)

Em suma, a classificação de uma lesão medular faz-se clinicamente quanto ao nível neurológico (pode ser quantificado para padronização recorrendo aos critérios da ASIA), definida como sendo paraplegia ou tetraplegia, completa ou incompleta, com caracterização dos níveis motor e sensitivo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (doravante OMS) da LVM resultam alterações nas funções motoras, sensoriais e/ou autónomas, incluindo as limitações na vivência da sexualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2009; Delisa, 2002). No Quadro 2, pode-se consultar o prognóstico funcional na LVM de acordo com nível da lesão relativamente aos autocuidados e mobilidade.

Quadro 2 - Níveis de LVM e prognóstico funcional

	NÍVEL DE LESÃO	PROGNÓSTICO FUNCIONAL
		<i>a. autocuidados (alimentação, higiene pessoal, uso do sanitário, comer-beber, etc.)</i> <i>b. mobilidade</i>
	C1 a C3	<i>a. totalmente dependente</i> <i>b. locomoção em cadeira de rodas elétrica controlada por voz queixo ou respiração</i>
	C3 a C4	<i>a. totalmente dependente</i> <i>b. locomoção em cadeira de rodas elétrica controlada pelos movimentos da cabeça</i>
	C5	<i>a. possível coordenação boca-mão, permite que se alimente, execute higiene oral e vista parte superior do corpo com dispositivos de apoio, dependente nos restantes autocuidados</i> <i>b. locomoção em cadeira de rodas elétrica</i>
	C6	<i>a. independente para alimentação e higiene pessoal com equipamento adaptado para vestir/despir, transferências e eliminação intestinal e vesical</i> <i>b. independente na locomoção em cadeira de rodas manual e possível condução em automóvel adaptado</i>
	C7	<i>a. potencial para a independência</i> <i>b. locomoção em cadeira de rodas manual em terreno irregular; capaz de conduzir automóvel adaptado</i>
	C7/T1	<i>a. capaz de fazer uma vida independente</i> <i>b. locomoção em cadeira de rodas manual em terreno irregular sem declive; capaz de conduzir automóvel adaptado</i>
	T1 a T9	<i>a. independente</i> <i>b. locomoção em cadeira de rodas manual em terreno irregular com declive; capaz de conduzir automóvel adaptado</i>
	T10 a L2	<i>a. independente</i> <i>b. locomoção em cadeira de rodas manual; consegue eventualmente levantar-se da cadeira; conduz automóvel adaptado</i>
	L3/L4	<i>a. independente</i> <i>b. independente na locomoção em cadeira de rodas manual ou automóvel adaptado; consegue deambular por curtas distâncias e subir ou descer escadas com dispositivos auxiliares</i>
	L5/S1	<i>a. independente</i> <i>b. independente na locomoção com ou sem apoio de dispositivos, conduz automóvel com mudanças automáticas</i>
	Abaixo S1	<i>a. independente</i> <i>b. sem limitações</i>
OBSERVAÇÃO: A LVM completa é sempre acompanhada de disfunção neurológica vesical e intestinal. O quadro representa as possibilidades funcionais gerais nos diferentes níveis de lesão. Não dispensa a avaliação individual.		

Fontes: Hoeman, 2011; Hüter-BecKer e Dölken, 2008; Garcia-Verdugo, Hernandez, Palomo, 2007; Greve e Ares, 1999; Burkhard [et al.], 1992

1.3. Etiologia, epidemiologia, incidência e prevalência

A LVM ocorre quando forças enérgicas externas atingem o corpo de forma direta ou indireta, podendo causar alterações a nível estrutural ou fisiológico dos elementos que compõem a coluna vertebral e/ou espinal medula (Lopes, 2011; Hüter-BecKer e Dölken, 2008; Comité do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians, 2004; O'Sullivan e Schmitz, 1993). Os fatores etiológicos classificam-se em traumáticos ou não traumáticos. Os *traumáticos* ocorrem por acidentes, quedas, e/ou atos de violência e as *não traumáticas* ocorrem por tumores medulares, malformações congénitas e/ou disfunções vasculares. Os maiores índices de LVM no mundo são de causas traumáticas e ocorrem predominantemente

em jovens adultos do sexo masculino (Maia, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2009). Os segmentos da coluna vertebral mais frequentemente atingidos estão situados entre C5 e C7 e entre a T12 e L2, isto devido à grande mobilidade e instabilidade biomecânica da coluna nestas áreas (Ordem dos Enfermeiros, 2009; Araújo e Rocha, 2004). Podemos então inferir que o mecanismo de lesão determina o tipo e nível da LVM.

Alves, Sousa e Pinto (2001) frisa que não se conhecem estudos estatísticos a nível nacional sobre incidência e prevalência das LVM, mas apontam que 50% dos acidentes de viação e 20% dos acidentes por queda ou altura superior a três metros são responsáveis por estas lesões. Contudo, mencionam estudos realizados no Hospital Geral de Santo António – Porto, que indicam que os acidentes de trabalho, em particular as quedas, são quase tão frequentes como os acidentes de viação, que ocorrem com mais frequência em adultos jovens, sendo cerca de 80% do sexo masculino. Um outro estudo retrospectivo realizado na mesma unidade hospitalar por Andrade e Gonçalves (2007) entre janeiro de 1993 e dezembro de 2002, concluiu que 87% das LVM são do sexo masculino, a média de idades os quarenta anos e sendo o acidente de viação e as quedas a origem mais frequente da lesão. Aditam ainda que a pluralidade das LVM foi a nível dorsal (45%) seguida da cervical (42%).

Um outro estudo retrospectivo, mas realizado no distrito de Braga por Araújo e Rocha (2004), entre 1998 e 2002, obteve uma incidência anual de LVM traumática de 18 a 25 casos por milhão de habitante no período considerado, sendo 62,9% do sexo masculino e a média de idade de 45 anos. Caracterizaram as principais etiologias da lesão como sendo as quedas (48,3%), os acidentes de viação (33,1%) e de trabalho (12,4%) referindo ainda que a lesão incompleta nomeadamente a tetraplegia como défice neurológico mais prevalente, e as lesões dorsais e lombares nas lesões completas.

Ainda Garret, Martins e Teixeira (2009b) e Ordem dos Enfermeiros (2009) mencionam um levantamento epidemiológico realizado na região centro de Portugal, entre 1989 e 1992, o acidente de viação como a principal causa de trauma, sendo o sexo masculino o mais afetado e com idade média de 33 anos; dados que corroboram com Alves, Sousa e Pinto (2001), Araújo e Rocha (2004) e Andrade e Gonçalves (2007) apesar da diferente zona geográfica e ano do estudo.

Complementando estes dados e apesar de não existirem dados epidemiológicos nacionais organizados sobre lesões medulares, o Ministério da Saúde de Portugal refere que nos países europeus aproximadamente metade surge na sequência de acidentes de viação, 35 a 42% por

quedas e entre 11 e 12% relacionadas com a prática de desporto. Mais de 80% dos casos de LVM ocorre em pessoas com idade compreendida entre os 15 e os 35 anos. Cerca 80% dos indivíduos afetados são do sexo masculino e até um quarto dos casos verificam-se após uma ingestão significativa de álcool (Ministério da Saúde, 2011).

Expondo ainda a realidade estrangeira, Delisa (2002) indica as quatro principais causas de LVM nos Estados Unidos: os acidentes de viação (46%), as quedas (16%), os atos de violência, principalmente por armas de fogo e esfaqueamentos (12%) e os acidentes desportivos (10%) sendo o mais comum, o mergulho. Acrescenta ainda que a tetraplegia contribui para 53% da LVM (40% são lesões completas) e a paraplegia com os restantes 47% (40% são lesões completas).

No seguimento do acima mencionado importa considerar que ao salientar o facto de a maioria ser do sexo masculino, frequentemente em idade produtiva e a LVM originar diversos graus de incapacidade e dependência, torna ainda mais devastadoras as consequências destes traumatismos, tanto a nível social como económico (Araújo e Rocha, 2004; Carvalho, 2002).

Importa contudo realçar a inexistência de estudos epidemiológicos atualizados para a realidade portuguesa, o que dificulta a análise etiológica e epidemiológica da LVM na população de Portugal (Ordem dos Enfermeiros, 2009; Araújo e Rocha, 2004).

1.4. Complicações orgânicas que interferem na atividade sexual

Classicamente fazem parte do quadro clínico da LVM alterações da motricidade, dor, espasticidade e complicações secundárias como episódios de disreflexia autónoma, disfunção vesico-esfincteriana, entre outras. Modificações da função sexual são recorrentes em qualquer nível de lesão e o distúrbio erétil vai ser definido em função do tipo de lesão existente e do segmento medular envolvido (Maia, 2012; Greve, 2007; Garcia-Verdugo, Hernandez, Palomo, 2007). Estes fatores podem alterar a qualidade das relações sexuais e a resposta sexual, pelo que passaremos a explicar.

Uma conexão sinérgica dos sistemas vascular, neurológico e hormonal equilibrada concomitantemente com o desejo psicológico originará a resposta genital. Os órgãos sexuais são inervados pelo sistema nervoso autónomo e pelo sistema nervoso periférico, pelo que a capacidade erétil depende da integridade e sinergias estabelecidas entre estes (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Um homem sem alterações neurológicas pode encetar a ereção por via reflexa ou psicogénica, todavia a interligação de ambas – *ereção mista*, é que assegura uma

ereção de qualidade que por sua vez possibilita a relação sexual. As *ereções reflexas* (S2-S4) ocorrem quando a estimulação tátil da área genital é transmitida à medula e dificilmente se mantém sem manipulação tátil constante. As *ereções psicogénicas* (ativada pelo centro simpático dorso-lombar [T10-L2]) são ativadas por imagens mentais, estímulos cerebrais, ou estimulação sensorial não tátil, como pensamentos, sonhos, sons, sabores, cheiros. A ejaculação é determinada pelo sistema nervoso autónomo, pela atividade do nervo pudendo e da contração dos músculos do pavimento pélvico (Duchene, 2011).

A lesão medular com destruição do centro sagrado (S2-S4) ou das vias de condução aferentes ou eferentes afeta de modo definitivo a possibilidade de obter uma ereção reflexa (Garret, Martins e Teixeira, 2009a; Ordem dos Enfermeiros, 2009). Quando a lesão danifica o segmento medular dorso-lombar (T10-L2), é inexistente um controlo eferente do centro sagrado permitindo a obtenção de uma ereção apenas por estímulo reflexo – Quadro 3 (idem). A capacidade de manter um ato sexual completo é volúvel e está interligado com o grau de ereção (Greve e Ares, 1999). Duchene (2011) ainda acrescenta que a autêntica ejaculação é rara nos homens com LVM sobretudo na tetraplegia completa e a disfunção erétil ocorre em 70% dos homens com lesão medular. Explana ainda que tem que haver distinção entre emissão seminal (líquido seminal que entra na uretra) e ejaculação real (expulsão de líquido da uretra para o exterior) e que quando ocorre ejaculação predominantemente é em gotas ou retrógrada (para a bexiga, por défice do esfíncter interno). Quanto mais incompleta é a lesão menor é a disfunção erétil (Borrelli, 2007).

Nas lesões da região coccígea, a ereção e ejaculação não são possíveis (Schneider, 1994).

Quadro 3 - Nível da lesão completa e resposta sexual

ACIMA DE T10	Função erétil preservada, ausência de ereção psicogénica, ejaculação rara.	Ausência de sensibilidade
T10 a S2	Ereções psicogénicas e reflexas pequenas e de curta duração podem ocorrer descargas de esperma sem sensação de ejaculação e de orgasmo.	
LESÕES SAGRADAS	Tumescência peniana, por estimulação psicogénica, ereções inadequadas a penetração, pode ocorrer ejaculação.	

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2009)

A pessoa com LVM pode ter diferentes graus de disfunção vesico-esfíncteriana e intestinais interligados com o nível e o grau de lesão medular (Hoeman, 2000). Alterações do trânsito intestinal são um aspeto importante a ser considerado, pois a incontinência fecal, a dificuldade de evacuação e a necessidade de uma terceira pessoa para um esvaziamento eficaz podem

ocorrer e necessitam de um treino intestinal apropriado (Ordem dos Enfermeiros, 2009; Greve, 2007). Além disso, a disfunção neurogénica da bexiga é um comprometimento vesical analogamente frequente e, tal como a incontinência fecal, requer tratamento comportamental, farmacológico e/ou cirúrgico (idem).

A Ordem dos Enfermeiros (2009) também refere que pode haver interdição no prazer, se houver incontinência fecal e urinária, tal como odores indesejáveis durante o ato sexual. Rodrigues, Oliveira e Almeida (2008) alude que as questões de controlo da continência urinária são das mais valorizadas pelos portadores de LVM. Ainda sobre este ponto, importa mencionar que o objetivo supremo do treino vesical e intestinal é tornar o indivíduo continente (Hoeman, 2000).

Magalhães [et al.] (2013) relatam que a disfunção vesico-esfíncteriana contribui negativamente para a atividade sexual, pelo que o Consortium for Spinal Cord Medicine cit. por Garret (2011) e Ducharme [et al.] (1992) alvitam que os portadores de LVM devem ser instigados a ponderar os cuidados esfíncterianos como prioritários, com o intuito de controlar eventuais situações de incontinência durante o ato sexual.

A disreflexia autónoma é despoletada por estímulos nocivos abaixo do nível da lesão (em lesão completa a nível cervical ou dorsal alto, até ao nível T6), provoca uma resposta exagerada do sistema nervoso simpático caracterizada por uma crise aguda (com sinais e sintomas como aumento expressivo da pressão arterial, cefaleias intensas, ansiedade, bradicardia, sudorese profusa acima do nível da lesão, espasmos musculares, etc.) e é potencialmente fatal. As causas mais frequentemente descritas são: a distensão vesical e/ou intestinal, dor, úlceras de pressão e o ato sexual. Esta alteração desaparece com identificação e consequente tratamento e/ou eliminação do fator que a desencadeia (Ordem dos Enfermeiros, 2009; Greve, 2007, International Council of Nurses, 2005). Esta complicação concorre negativamente na atividade sexual (Magalhães [et al.], 2013), pelo que é primordial educar o portador de LVM para as causas ou fatores precipitantes da disreflexia autónoma, sintomas e quais as medidas a serem tomadas (Greve, 2007; Schneider, 1994).

As reações emocionais e comportamentais, físicas e psíquicas podem provocar dor. A dor pode gerar incapacidade e/ou alterações biológicas, que implicam medidas de tratamento e/ou prevenção e/ou controlo (Ordem dos Enfermeiros, 2009; Schneider, 1994). Para Oliveira (2002: 473), a dor na incapacidade física adquirida não se circunscreve à dor física, está interligada com a “agressão ao corpo ou às funções por si usualmente desempenhadas”. As

pessoas com LVM completa ou incompleta têm reiterado dor com propensão a evoluir para crónica; podendo emergir acima, abaixo ou ao nível da lesão e existe uma pluralidade de padrões dolorosos – quanto ao tipo, localização, duração e severidade descritos (idem). Ocorrem síndromes álgicas em 6,4 a 100% das LVM, incapacitantes em 27% a 42% dos mesmos e 10% requer tratamento neurocirúrgico (Greve, 2007). Esta reflete-se negativamente na qualidade de vida e, consequentemente pode limitar o prazer e a atividade sexual (Hoeman, 2000).

A espasticidade é uma alteração motora expressa por contração muscular descontrolada com aumento do tônus muscular, rigidez muscular associada a movimentos descoordenados (International Council of Nurses, 2005). Esta alteração neuromuscular é exacerbada com estímulos nociceptivos internos e externos e dependendo do tipo e nível da lesão pode ter efeitos benéficos ou negativos nas atividades de vida diárias (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Na perceção de Magalhães [et al.] (2013) esta coopera negativamente para a atividade sexual. Ainda Consortium for Spinal Cord Medicine cit. por Garret (2011) e Greve e Ares (1999) mencionam que os LVM devem ser prevenidos para a possibilidade da espasticidade aumentar com o contacto sexual.

A mobilidade comprometida ou perda da mesma é fortemente associada à LVM (Rodrigues, Oliveira e Almeida, 2008). Tem impacto nas posições e movimentos possíveis para o ato sexual, e se se tratar de uma tetraplegia ainda mais complexo se torna, pois limita a capacidade de acariciar (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Os portadores de LVM descrevem-na como inibidores e/ou redutores da atividade sexual (Borrelli, 2007) pelo que é primordial que se definam estratégias de compensação para a atividade sexual (Hoeman, 2000; Ducharme [et al.], 1992).

Na LVM pode haver alteração da sensibilidade interligada com o nível e grau de lesão medular, pelo que o prazer obtido através da estimulação de algumas zonas erógenas está adulterado ou deixa de existir (Hoeman, 2000; Ducharme [et al.], 1992). A ausência ou diminuição da sensibilidade são semblantes descritos pelos portadores de LVM como inibidores e/ou redutores da atividade sexual após a lesão medular (Borrelli, 2007).

Complementando estas conceções Greves e Ares (1999, p. 347) referem que o desejo sexual “permanece intacto” porém pode haver redução da libido originada por “factores psicológicos na fase de adaptação à lesão.” A inibição do desejo sexual pode estar relacionado com mecanismos que afetam o sistema nervoso, redução da mobilidade, controlo dos esfíncteres e

espasticidade que são primordiais para a prática da atividade sexual (Maia, 2012; Lobo [et al.], 2010; Cardoso, 2004). Maia (2012) acrescenta que muitas das dificuldades das pessoas com LVM na vivência da sexualidade são despoletadas por mitos e ideias preconceituosas devido a problemas psicológicos e sociais, além dos comprometimentos orgânicos.

**CAPÍTULO II -
SEXUALIDADE E LESÃO VERTEBRO MEDULAR**

2.1. Sexualidade e saúde sexual

A sexualidade humana continua a ser uma temática complexa, fascinante e inextinguível. Tem desempenhado um papel muito importante ao longo da História e da evolução do Ser Humano. Está relacionada com a intimidade, a afetividade, o carinho, a ternura, a comunicação, sentir e expressar sentimentos e emoções (Comissão das Comunidades Europeias, 1994). A OMS cit. por Lobo [et al.] (2010, p. 59) define sexualidade como:

“uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções com os outros e, por isso, também a nossa saúde física e mental.”

Ainda Maslow cit. por Greco [et al.] (2000) considera a sexualidade como uma necessidade humana básica, sendo esta fundamental para a construção do Homem enquanto pessoa. A funcionalidade sexual, assim como o conceito de sexualidade, dependem das várias dimensões dos indivíduos, nomeadamente da fase de vida, da vivência saúde/doença, da autoimagem, bem-estar físico e emocional, assim como da sociedade e do meio cultural em que está inserido e das oportunidades que possam surgir.

Para Hodge (cit. por Davis e Taylor, 2006, p. 102) “a sexualidade é multifacetada”, mais que as componentes biológicas e fisiológicas de desejo sexual e reprodução, agrega ainda a sociológica e a psicológica (a autoestima, o autoconceito e autoimagem), tal como a religião, a cultura e os papéis sociais (Lobo [et al.], 2010). A forma como as pessoas se vestem e arranjam, como se sentem uns com os outros, como se relacionam e como comunicam são características interligadas com a sexualidade. A este propósito Royal College of Nursing (2014) refere que o entendimento da orientação sexual é indispensável na inclusão na sociedade, pois a sexualidade define a identidade e a individualidade de cada um. É um conceito dinâmico e é único para cada um na sua singularidade. Mantendo a mesma linha orientadora, a sexualidade é semelhante do cuidar holístico e é abordada no intuito de promover a saúde sexual.

É basilar aclarar o conceito sexualidade e saúde sexual. Com frequência a sexualidade é perspectivada exclusivamente como atividade sexual, o que é erróneo, pois o comportamento sexual é somente uma componente da mesma. A OMS cit. por Comissão das Comunidades Europeias (1994, p. 58) define saúde sexual como: “uma integração dos aspetos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de uma forma positiva, enriquecedora e que fortalecem a personalidade, a comunicação e o amor”. Desta definição emergem três

princípios fundamentais: a capacidade de cada pessoa, de acordo com a ética pessoal, social e cultural ter satisfação e prazer na vivência da sua sexualidade; a eclosão de uma concepção da sexualidade em que se procura ultrapassar tabus, medos, culpa ou vergonha, que limitam a expressividade de comunicar emoções e o relacionamento interpessoal; doenças orgânicas e incapacidades que não constituem critério de impossibilidade de vida sexual e reprodutora. A saúde sexual é a forma de expressar a sexualidade de cada um. Ainda a OMS (cit. por Garret e Teixeira, 2007) salienta os direitos sexuais como uma componente dos Direitos Humanos, que por contribuírem para a liberdade, igualdade, autonomia, privacidade, integridade e dignidade de todas as pessoas não podem ser ignorados. A pluralidade de interpretações de saúde sexual inova ao longo do tempo, pois conjuga aspetos físicos, emocionais, fisiológicos, sociais e culturais (Royal College of Nursing, 2014).

Alferes (1997, p. 175) num estudo de investigação denominado “Da normatividade das relações à retórica do sexo: decomposição dos scripts sexuais” explora as representações dos atos sexuais e conclui que os homens valorizam mais que as mulheres as dimensões físicas, como a manipulação dos órgãos genitais, coito, orgasmo, em vicissitude das dimensões relacionais como a proximidade emocional, comunicação verbal, carícias, abraços e beijos. Refere também que numa relação íntima, a comunicação entre os parceiros é condição imprescindível para a subsistência da relação e a sexualidade é apenas uma das inúmeras atividades humanas.

Nas sociedades humanas podemos encontrar diferentes padrões de comportamento sexual. O coito vaginal é a atividade sexual mais praticada em todas as civilizações e comumente a iniciativa direta do contato sexual é masculina, tendo a mulher um papel tradicionalmente mais passivo, todavia o inverso também sucede. A iniciativa sexual é natural nos dois sexos e se não fossem as normas sociais restritivas, não estabeleceria prerrogativa do homem (Raich, 1982). Ainda o mesmo autor refere que as carícias pelo corpo podem despoletar ou não o orgasmo, pois possuem a peculiaridade de os efeitos nem sempre dependerem da intensidade, mas sim da intenção, da situação e de outros fatores, como por exemplo a personalidade de cada indivíduo. O beijo também é um relevante veículo de sexualidade, procedendo da componente psíquica, aporta uma importante carga sexual (idem).

Contudo o falocentrismo que prevalece valoriza notoriamente a vertente funcional da sexualidade, assim qualquer homem que não consiga corporalizar a sequência ereção-penetração-ejaculação poderá sentir que a sua vida sexual cessou (Cardoso, 2003). Deste

modo, a posição escolhida para o coito torna-se de exclusiva importância pois desta depende o grau de satisfação sexual de cada indivíduo.

A sexualidade nunca pode estar separada do corpo, nem do desejo inconsciente, nem das consequências psíquicas e das diferenças anatómicas entre os sexos, já que são a essência da nossa ação enquanto seres humanos (Cole e Cole, 1994). Se para além destes fatores existir o afeto, a paixão, o namoro, o amor, o sexo, a cumplicidade, o companheirismo o indivíduo poderá ter uma vida afetiva satisfatória (Almeida e Lourenço, 2007).

2.2. Fisiologia normal da sexualidade

Masters e Johnson foram pioneiros na elaboração de um modelo de resposta sexual humana com descrição de factos científicos extensos, composto por quatro fases, designadamente: excitação, *plateau*, orgasmo e resolução, onde explanaram aspetos fisiológicos e comportamentais da sexualidade observados em ambos géneros. À semelhança destes, a pluralidade dos autores referem apenas quatro fases da resposta sexual humana. O conceito da resposta sexual evolui, sendo atualmente analisado de um modo mais holístico englobando as dimensões da biologia, da psicologia, da sociologia, dos relacionamentos e da espiritualidade. É importante salientar a subjetividade de cada uma destas fases, pois não tem sempre a mesma duração e é vivenciada de diferentes formas de indivíduo para indivíduo (Greve e Ares, 1999; Ducharme, 1992).

Duchene (2011) menciona cinco fases de resposta sexual: desejo, excitação, *plateau*, orgasmo e resolução, conferindo uma perspetiva mais abrangente da mesma.

No quadro desta investigação faz sentido apenas discriminar as fases da resposta sexual masculina. Neste sentido, influído por experiências, pensamentos e sentimentos, da forte intenção de ter uma relação sexual emerge o *desejo*, representado pela experiência mental e/ou psicológica. A *excitação* sucede como resposta a estímulos sexuais físicos (reflexa) e/ou imaginativos (psicogénica) – ereção, e é estabelecida pelo sistema nervoso parassimpático através dos segmentos S2-S4. O sistema nervoso simpático, também está envolvido através dos segmentos T10-L2 mas mais discretamente. Durante a *fase de plateau* há altos níveis de excitação sexual e o orgasmo está iminente. No homem continua a vasoconstricção peniana, e o aumento da frequência cardíaca e respiratória são caraterísticos. A durabilidade desta fase é variável. Na *fase do orgasmo*, existe uma libertação da tensão sexual acumulada, perda de controlo muscular e espasmos. O orgasmo consiste, a nível fisiológico (desencadeado pelo arco reflexo neuronal), numa série de contrações que coincide na maior parte das vezes com a

ejaculação. No que concerne à *fase de resolução* há reversão de todas as mudanças que foram advindo. Nesta fase o homem passa por um período de tempo variável chamado período refratário, durante o qual tem poucas possibilidades de responder sexualmente a qualquer estímulo (idem).

2.3. A vivência da sexualidade após a lesão vertebro medular

Qualquer incapacidade é sempre originada, no mínimo, por uma deficiência (Hesbeen, 2003). De acordo com as terminologias propostas pela OMS cit. por Comissão das Comunidades Europeias (1994, p. 50/51), deficiência é a “perda ou anormalidade das estruturas ou funções psicológicas, fisiológicas ou anatómicas” que como corolário pode gerar incapacidade que é decretada como “qualquer limitação ou falta (...) da capacidade de realizar uma atividade habitual ou dentro do limite considerado normal para um indivíduo” e inevitavelmente desvantagem “(...) de um dado indivíduo, consequente de uma deficiência ou incapacidade, que limita ou dificulta o cumprimento de um papel que é normal (...)”. Deste modo, a adaptação à incapacidade arroga-se como um processo muitíssimo individualizado.

Para Lobo [et al.] (2010) na sociedade atual a deficiência tem conotação negativa despoletada pelos custos físicos, psicológicos familiares, profissionais e sociais. A história pessoal prévia, a fase do ciclo da vida, os recursos sociais e materiais, os aspetos culturais e o funcionamento psicodinâmico, são trivialmente apontados como propensos a influenciar a experiência de incapacidade e inerentemente a adaptação psicológica à mesma (Oliveira, 2002). Além de profundas mutações no corpo, a LVM implica transformações nos padrões de vida, por necessidade de adaptações físicas, emocionais e socais (Schoeller [et al.], 2012).

A interligação da deficiência com a sexualidade despoleta um conjunto de ambiguidades, e se as associarmos à masculinidade, o aparecimento da conflitualidade é súbita (Sousa, Ferreira e Couteiro, 2006).

O estigma social pode ser definido, como uma forte desaprovação de um conjunto de características ou crenças pessoais que vão contra normas culturais e a sua existência conduz frequentemente à marginalização. Para os estigmatizados, a sociedade reduz as oportunidades, esforços e movimentos, não atribui valor, impõe a perda da identidade social e determina uma imagem deteriorada. O social anula a individualidade e o diferente passa a assumir a categoria de nocivo, incapaz, fora do parâmetro que a sociedade toma como padrão (Goffman, 1982). A locomoção de pessoas com lesão medular em cadeira de rodas elétrica ou manual, tem uma forte interligação com a deficiência. Num estudo realizado por Costa [et al.] (2010) para os

portadores de LVM esta é uma extensão do seu corpo, porque lhes permite mobilidade de um sítio para o outro, conferindo-lhes autonomia e dignidade em distintas atividades de vida diária. Contudo, estes referem que a mesma realça as alterações corporais resultantes da lesão e os imbuí de estigmas e preconceitos por ser “símbolo de deficiência” (Costa [et al.], 2010, p. 4). Este facto contribui para que o indivíduo portador de LVM ser muitas vezes estereotipado pela sociedade como ser assexuado ou sexualmente incompleto sem possibilidades de desejos sexuais (Cardoso, 2003).

Apesar da omnipresença das imagens sexuais na sociedade existe parca informação verdadeira e factual sobre sexualidade e incapacidade (Duchene, 2011). Quando a sexualidade é abordada na deficiência, torna-se ainda desprovida de interesse por parte da sociedade que tende a vê-los como pessoas doentes e incapacitadas nas atividades de vida diária, em particular na atividade sexual, estigmatizando-os (Simões e Medeiros, 2005, Cardoso, 2003; Roper, Logan e Tierney, 1995). Na opinião descrita por Greco [et al.] (2000, p. 647-648) “a nossa representação social das pessoas com incapacidades é de seres assexuados, embora a sexualidade seja um aspeto fulcral das suas vidas. (...) A incapacidade física pode limitar as oportunidades da pessoa para a interação sexual (...)”. Borrelli (2007, p. 435) acrescenta que apesar da sociedade não contribuir para o aumento da qualidade de vida sexual das pessoas portadoras de deficiência, a sexualidade “(...) é vista com grande preconceito, não só pela sociedade como também pelo próprio portador de deficiência física.”

A sexualidade não é neutralizada pela LVM (Lobo, [et al.], 2010; Cardoso, 2000). A função sexual é parte complementar da vida e sua vivência rejuvenesce o ego (Cavalcante [et al.], 2008). As questões de cariz sexual de pessoas com LVM são semelhantes às das pessoas sem deficiência. Ducharme [et al.] (1992, p. 609) ainda a este propósito refere que “Tem-se dito que a sexualidade, amplamente definida, é a parte mais importante da reabilitação, por causa da sua relação com a autoestima, imagem corporal, laços interpessoais e motivação” ajunta que “(...) definições tradicionais de saúde mental também realçam a sua importância.” A LVM surge de forma abrupta e inesperada e implica uma nova experiência para o indivíduo. Paralelamente à readaptação funcional o indivíduo defronta-se com as consequências psicológicas associadas (Cardoso, 2000).

Para Oliveira (2004) as repercussões psicológicas são uma temática complexa e sobejamente reconhecida. Sentimentos de perda em todas as esferas da vida e alteração da imagem corporal determinam o súbito aparecimento duma nova condição pessoal, que obriga à

mudança e adaptação nos vários papéis e atividades. Para além das sequelas físicas que resultam, há uma forte agressão psicológica e da autoimagem e autoestima relativos à sua sexualidade (Rodrigues, Oliveira e Almeida, 2008; Sousa, Ferreira e Coutinho, 2006; Schneider, 1994).

Há todo um processo de adaptação à nova situação de vida que tem que ser encarada e trabalhada, para potenciar a sua reabilitação (Schneider, 1994). Procura-se assim “uma resolução do sentimento de perda através do luto e o desenvolvimento de estratégias de luta e melhora de atitudes que validem o significado da nova vida pós-lesão” (Ducharme [et al.], 1992, p. 608). Presumivelmente a adaptação está interligada com o tipo e nível de lesão, todavia outros fatores como a personalidade, educação, nível social e cultural estão abrangidos (idem).

Previamente à lesão medular, a pessoa tem uma imagem de si mesma que foi construída ao longo da vida e que é modificada após o trauma. A International Council of Nurses (2005, p. 79) define imagem corporal como a “imagem mental que cada um tem do seu próprio corpo, de partes do seu corpo e da sua aparência física”. No homem, apesar das diversas transformações no seu corpo após a lesão medular, o desejo sexual não se altera (Lobo [et al.], 2010) e inúmeros fatores podem reprimir esse desejo como a alteração da imagem corporal aliada à insegurança. Porém este aspeto deve ser desenvolvido pelo lesionado medular caso contrário, a frustração gerada pela repressão da sexualidade pode interferir negativamente em várias componentes da sua vida (Borrelli, 2007).

Não perdendo a referência do mesmo autor, a imagem corporal é prejudicada por influências socioculturais, por que delimitam papéis sexuais rígidos. Cardoso (2003, p. 506) usa a terminologia “efeito desmasculinizante” face a um dano corporal irreversível como a lesão medular num homem, porque fica comprometida a sua identidade sexual, aclarada pelo seu papel tradicionalmente mais ativo – desempenho dos papéis de género pré estabelecidos. Esta exacerbação de desempenho efetivado pelo coito, avulta as noções de inadequação, que secundariamente podem resultar no medo de desiludir o parceiro ou até no medo do abandono (idem). Lobo [et al.] (2010, p. 59) realça que a sexualidade masculina ainda se confunde com a prática “machista” mais centralizada nos órgãos genitais e que quando um homem sofre LVM “estes valores atingem de modo implacável (...) a sua sexualidade latente, quando entendida no seu conceito ampliado, relativamente à erecção, ejaculação, orgasmo e reprodução.” porque as limitações subsequentes despoletam o sentimento de perda de

identidade masculina. Este sentimento de impotência acarreta fortes desajustes emocionais e sentimento de inferioridade ocasionados pela imagem corporal de inutilidade (Carvalho cit. por Cavalgante [et. al.], 2008).

Um estudo realizado com homens portadores de paraplegia, menciona que estes consideram que o paraplégico é um homem inútil, o que denota uma frísada preocupação com a sexualidade interligada com a imagem corporal pré estabelecida (Cavalgante [et. al.], 2008). Um outro estudo sobre sexualidade em lesionados vertebro medulares de Pearson e Klook, 1989 (cit. por Cardoso, 2003), conclui que estes se encontram excessivamente imbuídos pelas representações sexuais antes da lesão e balizam o coito como prática sexual fundamental. A impossibilidade de ter uma atividade sexual de acordo com a construção base é causador de grande tristeza e lamentação, originando, por vezes o fim da vida sexual (idem). Assim, a privação de controlo sobre o corpo, dependência de terceiros, fragilidade psicológica são aspetos inumerados como limitativos e passíveis de uma matiz de inferioridade pelos indivíduos com lesão medular (Cardoso, 2003). Logo, possuir imagem corporal positiva antes da lesão medular facilita um *coping* mais eficaz às alterações corporais. A independência no autocuidado e papéis sociais ativos elimina barreiras e promove a autoestima e um autoconceito positivo (Duchene, 2011).

Para Maia (2012) na esfera da sexualidade, é fulcral analisar como a pessoa vivencia as relações amorosas e sexuais antes da lesão, isto porque as expectativas sobre a sexualidade após a lesão medular serão equiparadas aos modelos positivos e negativos preexistentes.

A capacidade de obter um orgasmo diminui notavelmente após a lesão medular e, apesar dos portadores de LVM descreverem algo análogo ao mesmo, mencionam sensações diferentes e menos intensas quando equiparadas às vivenciadas antes da lesão (Garret, Martins e Teixeira 2009b; Ducharme [et al.], 1992). Apesar de inúmeros obstáculos, copiosos estudos têm confirmado o desejo que os indivíduos com LVM têm em vivenciar a sexualidade, casamento ou paternidade (Cardoso, 2003).

Conforme Garret (2012) o controlo dos esfíncteres e o risco de disreflexia autónoma não são inconvenientes para recomeçar a vida sexual, isto porque a recuperação da vida sexual é um aspeto determinante para a qualidade de vida. Vários autores (Duchene, 2011; Garret, Martins e Teixeira, 2009a; Borrelli, 2007; Garret e Teixeira, 2007) destacam ainda que a vida sexual constitui um dos aspetos relevantes da reabilitação, pelo que a disfunção sexual após a LVM

pode requerer tratamento condicionado pelo nível e o tipo de lesão medular e estes podem passar por [designação por princípio ativo e alguns exemplos com nome comercial]:

- *Meios terapêuticos*: usados para facultar a ereção e relação sexual e são ajustados ao tipo de dificuldade encontrada.
- *Medicação via sistêmica*: sildenafil - Viagra[®], vardenafil - Levitra[®], tadalafil - Cialis[®].
- *Medicação via tópica* por aplicação direta nos corpos cavernosos: alprostadil ou uma combinação, e por administração via uretral: alprostadil em comprimido uretral.
- *Bomba vácuo*, vácuo induzido por ação manual ou elétrica e a ereção mantida por aplicação de um anel constritor colocado na base do pênis.
- *Implante peniano cirúrgico*.

Borrelli (2007, p. 435) considera importante dissipar mitos relativos à incapacidade sexual explicando “(...) as diferentes formas de obter prazer, pela ativação de múltiplas zonas erógenas, informando sobre as diferentes técnicas dirigidas a melhorar o seu desempenho sexual.”, porque quando se conhecem os limites e possibilidades “(...) evitam-se ansiedades e frustrações provocadas pela repressão sexual e estimulam-se as potencialidades remanescentes”.

Lobo [et al.] (2010) acrescentam que para a pluralidade dos homens com LVM, a satisfação sexual da companheira é indicador fundamental de satisfação, essencialmente por realização da sua masculinidade, porque a companheira permanece sexualmente interessada, sendo decifrado como indicador positivo na manutenção de uma relação sexual satisfatória. No que concerne à continuidade de relações prévias perante um quadro de deficiência, os homens têm maior probabilidade de manter o relacionamento, enquanto as mulheres mais frequentemente são abandonadas pelo parceiro (Cardoso, 2003). Ducharme [et al.] (1992) acrescentam que os homens são bem-sucedidos na sua sexualidade, porquanto do aumento da comunicação e da vontade de experienciar o romance e a intimidade. Refere ainda que subsistem casais que aceitam a limitação sexual como nova condição de vida e outros não que se adaptam à insatisfação sexual. Além disso, constata-se que encontrar parceiros depois da lesão é mais complexo.

Como nos diz Duchene (2011) são infindos os fatores que podem afetar a sexualidade de qualquer relação. Porém, se existir uma relação saudável prévia à lesão, esta pode incitar o casal a focar-se em fatores que sustentem a relação, como o amor, a comunicação, a

confiança, a intimidade, o afeto, o romance, a estimulação sensorial, a fantasia e o autoconceito.

As alterações físicas que provocam incapacidade podem e devem ser adaptadas à vivência da sexualidade e da própria relação, porque a prática penetrativa não é preponderante na vivência da mesma. A esfera da sexualidade é vasta e não se resume a características ou habilidades físicas (Ducharme [et al.], 1992). Deste modo ninguém é incapacitado de mais para ser assexuado.

Após a enumeração das múltiplas limitações que o indivíduo com LVM pode ficar submetido, não podemos deixar de mencionar que em diversas situações o ciclo de resposta sexual mantém-se (Lobo [et al.], 2010).

**CAPÍTULO III -
INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM NA SEXUALIDADE DOS
LESIONADOS MEDULARES**

3.1. Do processo de cuidados às competências da Enfermagem de Reabilitação

A qualidade em Saúde é definida por Saturno [et al.] cit. por Portugal: Direcção Geral de Saúde (2012b, p. 2) “como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão.” Em consequência, esta compreende a adequação dos cuidados de saúde às carências e expectativas das pessoas com o melhor desempenho possível, dependendo contudo de vários aspetos de intervenção dirigida a estruturas, processos e resultados, que implicam a reabilitação, a capacitação, educação e literacia em saúde, a mudança de comportamentos e a satisfação com os cuidados (idem).

A reabilitação é uma especialidade multidisciplinar e tem como objetivos gerais “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima” (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro, p. 8658). Sendo parte integrante da enfermagem, é um processo dinâmico dirigido à saúde que ajuda a pessoa doente ou incapacitada a alcançar o máximo possível de funcionalidade física, mental, espiritual, social e económica e tem como principal objetivo o desenvolvimento das capacidades remanescentes, permitindo que o indivíduo alcance a sua independência nas atividades físicas, profissionais e sociais, de acordo com o seu diagnóstico (Hoeman, 2011).

O processo de reabilitação ajuda a pessoa a obter qualidade de vida com dignidade e independência, e isto porque as habilidades (e não as incapacidades), são enfatizadas (Smeltzer [et al.], 2011). É imprescindível avivar que “reabilitar não significa curar, implica não fragmentar o indivíduo, transformá-lo em órgãos e funções em nome da racionalidade. A ciência não pode estar isenta da humanidade” (Faro, 2006, p. 129).

Conforme o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro, p. 8658), o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (doravante EEER)

“concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. (...) A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, (...) assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, (...) utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas (...) proporcionando -lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.”

No artigo quarto do mesmo regulamento, são definidas as competências do EEER, que são as seguintes:

- “a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.”

E no único anexo do mesmo, são descritas por unidades de competência e de acordo com os respetivos critérios de avaliação. Assim, constamos que as intervenções do EEER vão para além da reabilitação motora, sendo dada grande importância à intervenção na sexualidade (idem).

O papel do EEER é fundamental dada a sua intervenção a nível físico, emocional e psicológico. A presença constante junto do doente é fundamental no estabelecer de uma ligação consistente entre aquele que cuida e o que é cuidado, proporcionando ajuda nas necessidades da vida diária e promovendo oportunidades únicas de proximidade (Hawkey e Williams, 2007). O EEER deve promover a autonomia no doente, de modo a que este possa ter um papel ativo nas suas escolhas. Assim, quer o respeito quer a autonomia relativos às suas escolhas são premissas que conduzem ao *empowerment* que exige o envolvimento do indivíduo no seu processo de tratamento e/ou cura, munindo-o de informação, suporte e encorajamento fundamentais ao sentir-se apto no processo de tomada de decisão (idem).

Por sua vez Faro (2006, p. 129) refere que “o sucesso da reabilitação dependerá, ao lado de uma equipa multidisciplinar, do envolvimento da família e da sociedade no processo.” Deste modo, o EEER deve atuar junto dos utentes e da família, construindo relações empáticas e de cooperação mútua, ajudando no desenvolvimento de estratégias de aceitação de possíveis alterações da imagem corporal. Logo, a relação ao ser estabelecida de uma forma não invasiva, contribui para preservar a independência na tomada de decisão, bem como estimula e reforça a motivação.

A reabilitação é um processo complexo que carece de uma abordagem de cuidar multidisciplinar e interdisciplinar teoricamente suportada (Hoeman, 2011). A bibliografia informa dos diversos modelos de resposta às diferentes necessidades dos doentes, serviços e prestadores de cuidados. Todavia, optamos por abordar o Modelo de Vida de Nancy Roper porque vem afirmar a expressão da sexualidade como uma das doze atividades de vida.

Para Nancy Roper, este modelo centra-se no indivíduo determinado a viver a vida, transitando da dependência para a independência, de acordo com a idade, as circunstâncias e o ambiente. Define doze atividades de vida que se encontram intimamente relacionadas: 1. Manutenção de um ambiente seguro; 2. Comunicação; 3. Respiração; 4. Alimentação; 5. Eliminação; 6. Higiene pessoal e vestuário; 7. Controlo da temperatura do corpo; 8. Mobilidade; 9. Trabalho e lazer; 10. Expressão da sexualidade; 11. Sono e 12. Morte (Hoeman, 2011; Rodrigues, 2004; Roper, Logan e Tierney, 1995).

Cada pessoa é um ser sexual, tem uma identidade sexual e pode, em qualquer etapa da sua vida, enfrentar dificuldades associadas à expressão da sua sexualidade, como nos diz Roper, Logan e Tierney (1995, p. 382): “As pessoas que ficam fisicamente deficientes durante a idade adulta podem ter que fazer ajustamentos importantes na esfera da sexualidade, dependendo do seu nível anterior de atividade sexual e sentimentos sobre como a deficiência física pode afetar a função sexual.”

A sexualidade constitui um aspeto fundamental a ter em atenção no cuidar em enfermagem e em particular na enfermagem focada na reabilitação. “As enfermeiras de reabilitação trabalham com utentes que, frequentemente têm problemas de saúde sexual; contudo a sexualidade continua a constituir um ponto difícil de abordar pelos elementos da equipa de reabilitação” (Greco [et al.], 2000, p. 647-648). A saúde sexual mantém-se atualmente como uma das áreas menos abordadas no contexto da reabilitação, em particular nos portadores de LVM (Magalhães [et al.], 2013).

A reabilitação da vida sexual é um fator determinante na qualidade de vida de um indivíduo com lesão medular, na reeducação do seu processo sexual e tem como principal objetivo manter ou recuperar o máximo de independência de acordo com as circunstâncias da vida em que se encontra, para a sua dignidade não ficar diminuída. Desta forma, os EEER têm um papel importante junto do indivíduo, quando este não é capaz de ser independente ao nível da expressão da sexualidade e a/o companheira/o não consegue contribuir para a sua concretização. Por isso, a reabilitação é um processo dinâmico, contínuo, progressivo e principalmente educativo, tendo como objetivos a restauração funcional do indivíduo, sua reintegração na família, na comunidade e na sociedade (Greve, 2007).

Ainda Mossman, cit. por Rodrigues (2008, p. 124), refere que “o objetivo final das atividades de enfermagem de reabilitação direcionam-se no sentido de ajudar a conseguir manter o máximo de independência e autonomia no desempenho das atividades de vida diária, na sua

nova condição motora e cognitiva”, o que vem consolidar os pressupostos da teoria referida anteriormente. Paralelamente à reabilitação física há um trabalho de avaliação e orientação que pode conduzir à obtenção de uma vida sexual, modificada ou não. Neste âmbito, os meios disponíveis devem-se adequar à situação clínica de cada indivíduo, possibilitando ultrapassar as barreiras de natureza física e psicológica (Garret, Martins e Teixeira, 2009a).

A OMS cit. por Roper, Logan e Tierney (1995, p. 378) diz que “as pessoas que trabalham nas profissões de ajuda sentem-se frequentemente incapazes de dar ajuda, em parte porque não têm formação e capacidade e em parte porque estão afetados, tal como os seus clientes, por tabus e restrições que tornam difícil falar sobre sexualidade.” Falar com lesionados medulares sobre problemas sexuais exige sensibilidade, tolerância e conhecimento (Garret, 2012; Cardoso, 2003; Greco, 2000). Roper, Logan e Tierney, (1995) acrescentam que mais importante que falar sobre sexualidade é que o enfermeiro se sinta bem quanto à sua própria sexualidade e cómodo na discussão de tópicos relacionados com sexo com outras pessoas.

Duchene (2011, p. 591) refere que:

“uma das áreas mais contempladas e menos discutidas da reabilitação – a atividade sexual – é um tópico de preocupação para as enfermeiras de reabilitação. Dados os aspetos inerentes aos cuidados físicos e à intimidade envolvidos na prática de enfermagem, as enfermeiras de reabilitação são frequentemente questionadas (...) sobre a função sexual.”

Ainda Garret (2012, p. 15) acrescenta que em Portugal “apesar dos profissionais de saúde (...) transmitirem a ideia de que conversam com os lesionados medulares acerca da sua nova condição sexual, esse facto não é evidenciado nas publicações existentes”, dando primazia aos programas de reabilitação focados nas competências motoras.

Através da educação sexual, o EEER sugere intervenções e fornece informação à pessoa com lesão e ao seu parceiro (Fonseca e Morais, 2001). Ao longo do processo de reabilitação, a valorização da preocupação do lesionado medular com o seu desempenho sexual e o apoio efetivo nesta vertente da saúde contribui para a obtenção de resultados positivos em todo o processo de recuperação. Garret, Martins e Teixeira (2009a, p. 824) vincam que “se a função sexual se alterou, a sexualidade persiste e a satisfação sexual deve ser procurada (...) o reajustamento à nova condição sexual está diretamente ligado com os desejos particulares, a experiência e os hábitos sexuais do indivíduo antes da lesão”.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 145):

“Ao nível da reabilitação, há um trabalho muito importante a fazer, quebrando a barreira do silêncio de forma a ultrapassar problemas, através do conhecimento

sobre a sexualidade e a função sexual, analisando, avaliando e orientando a pessoa para os diferentes profissionais peritos na matéria. O enfermeiro especialista de reabilitação, estabelecendo uma relação de empatia, ajuda e confiança, poderá identificar o momento ideal para iniciar o processo de expressão de necessidades específicas, esclarecimento de dúvidas, aconselhamento e encaminhamento da pessoa e parceiro(a) para a área de Sexologia, Urologia, Ginecologia e acompanhamento psicológico.”

Acrescenta ainda que, ao utilizar uma linguagem ajustada ao nível sociocultural da pessoa, pode ajudar na aclaração e aconselhamento honesto em algumas áreas, contribuindo para a preparação e reeducação sexual para o ato sexual que se inicia de forma indireta com o desenvolvimento do programa de reeducação vesical e intestinal.

Na análise à International Council of Nurses (2005) que desenvolveu a CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- que é uma ferramenta de trabalho para os enfermeiros formalizada com inúmeros objetivos, entre os quais: estabelecer uma linguagem comum na descrição da prática de enfermagem; representar conceitos usados nas práticas locais que atravessam idiomas e áreas de especialidade; descrever cuidados de enfermagem prestados às pessoas a nível mundial e projetar tendências sobre necessidades dos clientes; é possível constatar que a terminologia sexualidade ou função sexual não está contemplada nessa linguagem. Para Lopes (2011) é um instrumento complexo e abrangente.

A International Council of Nurses (2005, p. 48) define a relação sexual como “atividade executada pelo Próprio com as características específicas: atividade sexual entre duas pessoas, usualmente de sexo oposto; união sexual com a finalidade de excitação mútua e orgasmo”. Além disso, define processo sexual como “Processo do Sistema Reprodutor com as características específicas: Capacidade para participar numa relação sexual e, no homem, de ejacular” (idem, p. 71). Estas definições denotam uma visão reducionista da sexualidade humana conjugada com uma reduzida sensibilidade dos enfermeiros para a abordagem desta temática. Todavia, a ausência de linguagem CIPE que espelhe as reais necessidades da pessoa com LVM, nomeadamente na esfera da sexualidade não deverá interferir no juízo individualizado e científico de cada enfermeiro perante a singularidade de cada lesionado vertebro medular (Lopes, 2011).

Com a evolução da sociedade, a profissão de enfermagem tem-se confrontado com inúmeras solicitações e necessidades cada vez mais diversificadas, que associadas à evolução dos cuidados de enfermagem, indicam que o caminho a percorrer pelos profissionais de saúde implica uma assistência integral e multidisciplinar, tendo como último propósito a pessoa. Os profissionais de saúde, em particular os EEER devem ser perseverantes nos esforços para

diminuir o estigma, melhorar o acesso aos serviços de saúde e aumentar o reconhecimento da sexualidade como um aspeto positivo da vida humana (Hoeman, 2011; Lopes, 2011).

3.2. A reabilitação sexual e o modelo PLISSIT

A preocupação com a reabilitação das pessoas portadoras de LVM é muito recente na história do desenvolvimento da Medicina. Apenas nas últimas décadas, a reabilitação médica se desenvolveu, trazendo uma melhoria significativa na qualidade de vida destes indivíduos (Greve, 2007). A reabilitação da vida sexual deve começar no hospital e continuar na comunidade, com recurso a alguns procedimentos de base, condicionados pelo tipo e extensão da lesão (Hoeman, 2011).

O processo de readaptação sexual pós-deficiência física aparentemente é mais complexo para os homens do que para as mulheres (Cardoso, 2003). A readaptação sexual após LVM deriva, em grande parte, do reconhecimento que o foco não é o ato sexual enquanto coito, mas sim o envolvimento e a satisfação sexual ainda alcançáveis (idem).

Para Garret, Martins e Teixeira (2009a, p. 824) “(...) a recuperação da capacidade sexual é um pressuposto importante para a obtenção de um equilíbrio pessoal e familiar (...)” pelo que a reabilitação após uma LVM propõe utilizar o capital residual para promover a autonomia e permitir a reintegração no meio familiar e social. Menciona ainda que para além da reabilitação neuro-motora para eventual aquisição da verticalidade e marcha, desenrola-se o processo de luto perante as perdas e a confrontação com outras dificuldades e limitações de natureza pessoal, tais como as relacionadas com a sua vida sexual.

Paralelamente à reabilitação física há um trabalho de avaliação e orientação que permite conduzir à obtenção de uma vida sexual, modificada ou não. Neste âmbito os meios disponíveis devem ser adequados à situação clínica de cada indivíduo, possibilitando ultrapassar as barreiras de natureza física e psicológica. Além da nova competência física, importa esclarecer o indivíduo e o seu parceiro acerca da necessidade de uma maior colaboração mútua e da reavaliação da sua sexualidade, de forma a obter satisfação sexual de ambas as partes (Garret, Martins e Teixeira, 2009a).

Para Duchene (2011) o enfermeiro de reabilitação, após a avaliação holística da função sexual do LVM, deve direccionar a sua intervenção para o aconselhamento e educação sexual. Define ainda: 1) técnicas alternativas – estimulação sexual manual ou orogenital (*cunnilingus* e *felacio*), aromoterapia, loções e lubrificantes; 2) técnicas de compensação para a disfunção

motora – posições para a prática sexual; 3) técnicas de compensação para a disfunção sensorial – estimulação sensorial e de zonas erógenas; 4) controlo de dor; 5) gestão da incontinência – treinos intestinais e vesicais; 6) gestão da medicação; entre outras como estratégias de compensação para alterações do padrão sexual que devem ser exploradas e o desenvolvimento de intervenções psicológicas perante perturbações da imagem corporal e da autoestima. Assim, a educação sexual faculta sugestões intervencionais e fornece à pessoa e/ou companheiro/a informações de opções sexuais.

A vivência positiva da sexualidade e da saúde sexual tem implicações determinantes para a qualidade de vida do LVM, por isso são múltiplas as barreiras com que os enfermeiros de reabilitação se debatem na abordagem desta temática. Desde logo, o respeito pela individualidade é fulcral na educação e aconselhamento sexual. Os cuidados holísticos demonstram que a enfermeira de reabilitação ao intervir quando são identificados, observados ou descritos problemas sexuais detém capacidade de comunicação, escuta ativa, e estratégias que patenteiem aceitação com intuito de provocar expressão de sentimentos, de estabelecer objetivos e resolver os problemas (Greco, 2000).

Seguindo o acima referido, pode afirmar-se que o modelo PLISSIT, desenvolvido por Annon em 1976, é um excelente instrumento de trabalho na e para a intervenção da Enfermagem de Reabilitação, pois contribui no “seu papel de aconselhamento sexual” (Greco, 2000, p. 647; Garret e Teixeira, 2007).

Um estudo de investigação realizado por McAlonan (cit. por Davis e Taylor, 2006) teve como objetivo principal a determinação da aplicação do modelo PLISSIT em pessoas que sofreram LVM e de acordo com os resultados do mesmo, os utentes pensam na sua performance sexual e sobre a fertilidade logo após a lesão, no entanto são da opinião que a reabilitação da sexualidade deverá acontecer quando estes sentirem essa necessidade. A sugestão da implementação sistemática do modelo PLISSIT como primeira abordagem ao problema e como um processo natural no acompanhamento destes doentes e na sua reabilitação holística apresenta-se como objetivo primordial, onde se discutem as suas especificidades e a sua aplicabilidade prática. Vários grupos profissionais da área da saúde têm-se destacado na utilização deste modelo de abordagem da sexualidade, sendo mesmo adotado por associações de referência como a Royal College of Nursing, pois a sua correta utilização poderá ter consequências positivas na saúde holística do indivíduo (Davis e Taylor, 2006).

O modelo PLISSIT compreende então quatro níveis de atuação terapêutica, isto é, subdivide-se em P-LI-SS-IT (Permission – Limited Information – Specific Suggestions – Intensive Therapy), em que cada letra ou par de letras representa uma diretriz orientada para o objetivo da intervenção. Cada um dos níveis de intervenção requer um conhecimento distinto e gradualmente mais complexo. São, ainda, esquematizadas questões práticas que podem ser colocadas ao doente à medida que os níveis vão avançando (Garret e Teixeira, 2007; Greco, 2000). Este modelo compreende um esquema de atividades flexíveis, permitindo a cada profissional organizar as suas intervenções de acordo com o seu próprio conforto.

A aplicação do modelo PLISSIT pelo enfermeiro de reabilitação foca-se nos três primeiros níveis, o quarto nível exige um terapeuta especializado, designadamente um psicólogo clínico. Recomenda-se que o modelo se centre na promoção e incentivo à abordagem da sexualidade nos lesionados medulares, uma vez que é inaceitável continuar a ignorar esta necessidade (Garret e Teixeira, 2007).

Nusbaum e Hamilton cit. por Garret e Teixeira (2007, p. 240) “chamam a atenção para a necessidade da abordagem à temática da sexualidade ser feita nos cuidados de saúde primários, de uma forma proactiva e rotineira, em que são naturalmente desmistificados os tabus, através da segurança que o profissional transmite ao doente”. Galhordas e Lima citado pelos mesmos autores acrescentam ainda que os profissionais de saúde se devem unir com objetivos estruturados, para ajudar os portadores de LVM e os seus parceiros a descobrir o seu bem-estar.

Bong e Rovner (2007) expõem que a sexualidade possui outras implicações conectadas intimamente com especificidades emocionais que devem ser exploradas recorrendo a atividades diversificadas. Já que a estimulação mental e a exploração de zonas potencialmente erógenas que não foram comprometidas pela LVM podem causar alterações psicofisiológicas relevantes. Além disso, as memórias positivas associadas à vivência sexual anterior à lesão têm um efeito motivador na reabilitação da sua sexualidade.

Em suma, é uma necessidade humana básica funcionar como ser sexual e esta necessidade coexiste com a deficiência e/ou doença crónica, perante a qual as preocupações sexuais são complexas e a abordagem quer médica quer comportamental isoladamente será insuficiente para avaliar e/ou tratar os problemas sexuais individuais, pelo que importa sublinhar o contributo da enfermagem de reabilitação para uma intervenção holística e multidisciplinar promotora de bem-estar e qualidade de vida para a pessoa portadora de LVM.

CAPÍTULO IV - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Na fase metodológica procede-se à identificação dos métodos que foram utilizados para dar respostas às questões de investigação, sendo necessário escolher um desenho apropriado, definir população e escolher os instrumentos de colheita de dados (Sampiéri, Collado e Lucio, 2013).

Neste capítulo apresentam-se os objetivos e questões orientadoras, bem como todo o percurso metodológico adotado.

4.1. Objetivos e questões de investigação

Os objetivos de um estudo de investigação apresentam o motivo pelo qual este se realiza (Sampiéri, Collado e Lucio, 2013). Após revisão da literatura e reflexão, a questão que serviu de ponto de partida à presente investigação foi:

“Qual a percepção dos lesionados medulares relativamente à sexualidade e qual o contributo do Enfermeiro de Reabilitação para a vivência da mesma?”

Com o intuito de dar resposta à questão de partida, foram definidos os seguintes objetivos:

- Compreender a vivência da sexualidade por portadores de LVM.
- Conhecer o contributo do enfermeiro de reabilitação para a vivência da sexualidade do lesionado medular.

Consequentemente, despoletaram as seguintes questões de investigação:

- Quais os aspetos da sexualidade considerados importantes antes e depois da lesão medular para o lesionado vertebro medular?
- Quais as dificuldades de expressão do lesionado vertebro medular na sexualidade?
- Quais as necessidades de informação essenciais para a vivência satisfatória da sexualidade do lesionado vertebro medular?
- Quais as estratégias de adaptação à sexualidade utilizadas pelo lesionado vertebro medular?
- Quais os recursos que o lesionado vertebro medular utiliza e/ou conhece?
- Qual a intervenção do enfermeiro de reabilitação percebida como significativa para a vivência da sexualidade do lesionado vertebro medular?

4.2. Tipo de estudo

Considerando os objetivos delineados e as questões de investigação, a estrutura metodológica desta investigação desenvolve-se seguindo uma *abordagem qualitativa*. Consideramos ser

este o método mais adequado, uma vez que valoriza os conceitos próprios da enfermagem: a pessoa, o seu meio ambiente, a saúde e o cuidado de enfermagem (Fortin, 2009). Ao mesmo tempo, pretendemos desta pesquisa compreender e examinar os fenómenos, que são investigados na perspetiva dos participantes, no seu ambiente e contexto natural havendo ainda proximidade do investigador com o objeto de estudo permitindo “aprofundar suas experiências, pontos de vista, opiniões e significados” (Sampieri, Collado e Lucio, 2013, p. 376). A este propósito Flick (2005, p. 18) refere que a “investigação qualitativa está vocacionada para a análise de casos concretos, nas suas particularidades de tempo e de espaço, partindo das manifestações e atividades das pessoas nos seus contextos próprios.” Ainda Chizzotti (2006, p. 289) adita que a pesquisa qualitativa “pretende interpretar o sentido do evento a partir do significado que as pessoas atribuem ao que falam e fazem”.

Caracterizando-se a prática da enfermagem como profundamente humana e dinâmica, o objetivo principal de uma investigação nesta área visa a descrição e a compreensão das experiências humanas, assume assim, um cariz verdadeiramente humanista, logo qualitativo (Carpenter, 2002).

Tendo por base a finalidade do estudo e com o intuito de darmos resposta à questão de investigação, trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva, pois “serve para identificar as características de um fenómeno. De maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população” (Fortin, 2009, p. 236).

É uma investigação empírica que indaga um fenómeno contemporâneo no seu ambiente natural. Nesta, aspirámos analisar e aprofundar conhecimentos, compreender os factos, sem dar explicações ou efetivar qualquer tipo de generalizações. Pretendemos essencialmente, explorar a temática e sobretudo tentar com esta investigação, criar novos dados que permitam a compreensão dos fenómenos, que em última instância, contribuirão para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

4.3. Participantes

Para a realização de um estudo é essencial definir a população para que este se torne mais legítimo e pertinente, deste modo, tivemos como linha orientadora as questões de investigação. Neste sentido Polit, Hungler e Beck (2004, p. 229) afirmam que “o conhecimento do pesquisador sobre a população pode ser usado para pinçar os casos a serem incluídos na amostra (...) particularmente conhecedores do assunto em estudo”. Fortin (2009,

p. 312) define população como “um conjunto de elementos ou sujeitos que têm características comuns”, que no conjunto preenchem os critérios de seleção previamente definidos, relatando ainda que a amostra é “a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo” e que esta deve ser representativa da população. Sobre este pressuposto (Sampieri, Collado e Lucio, 2013, p. 403) narram que a amostra em estudos qualitativos é intencional e que “deveremos colher os dados, sem que necessariamente seja representativo do universo ou população que estudamos”, porquanto, o tamanho da mesma não tem relevância do ponto de vista probabilístico pois o intuito do investigador não é a generalização.

Com base nestes pressupostos, a população deste estudo reporta-se a portadores de lesão medular adquirida com etiologia traumática. Tendo em atenção o foco de investigação a que nos propomos e os objetivos, e para uma melhor definição dos participantes do estudo, definimos indivíduos de acordo com *critérios de inclusão na amostra* [caraterísticas substanciais dos elementos da população] que compreenderam as seguintes condições:

- a) Idade maior ou igual a 18 anos;
- b) Lesão medular de etiologia adquirida, com preservação cognitiva;
- c) Lesão medular há pelo menos 12 meses [período que pressupõe estabilidade readaptativa/reintegrativa, tal como a existência de um diagnóstico definitivo];
- d) Existência de parceira/o com relacionamento afetivo e com atividade sexual, fixa/o ou ocasional, durante algum período posterior à LVM;
- e) Limite geográfico de residência dos participantes no estudo pelos distritos de Viana do Castelo, Braga e Porto [distância percorrida para entrevista e tempo].

Os participantes da nossa amostra foram selecionados por conveniência, através do tipo *snow-ball*¹. Segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001, p. 149) esta estratégia de amostra, também designada por amostra em rede ou bola de neve, é utilizada “para localizar amostras difíceis ou impossíveis de localizar de outras formas” e quando o objetivo é “descrever uma situação particular” (Fortin, 2009, p. 323).

Para LoBiondo-Wood e Haber (2001) em pesquisas de cariz qualitativo, as amostras devem ser diminutas devido ao volume de dados verbais a analisar e o desenho do estudo enfatizar o contacto intenso e prolongado com os intervenientes, isto porque a adequação dos dados é

¹ Os lesionados medulares apresentavam outros com os mesmos critérios.

mais importante que a sua expressividade. Deste modo, a representatividade da amostra foi determinada por saturação de dados, ou seja, até “repetição de informação e a confirmação de dados anteriormente colhidos” (Morse cit. por Streubert e Carpenter, 2013, p. 31).

Foram oito os lesionados medulares que participaram no estudo, e a sua caracterização relativa a dados sociodemográficos, dados relativos à lesão medular e dados sobre estado afetivo/relacional encontra-se no Quadro 7 que figura no capítulo que se segue.

4.4. Considerações éticas

A investigação, quando aplicada a seres humanos pode, por vezes, provocar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Para proteger e respeitar os princípios éticos devem ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada indivíduo que colabora na investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais, segundo a Declaração de Helsínquia (Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2013).

Na perceção de Fortin (2009) em todo o processo de investigação devem ser consideradas as questões éticas, pelo que no decurso desta investigação foram salvaguardas e cumpridas as exigências éticas relativas ao sigilo e ao anonimato dos lesionados medulares que participaram. Deste modo, foi elaborado um Consentimento Informado (Apêndice 2) explanado e entregue. Conforme Carpenter (2002, p. 39), o consentimento informado deve no mínimo acautelar “que seja dado aos seres humanos informação verdadeira e suficiente para os ajudar a decidir se desejam ser participantes na investigação”.

Dos lesionados medulares indicados, foi inicialmente verificada voluntariedade e disponibilidade para participar através de um primeiro contacto telefónico. Com os que se mostraram disponíveis, foi agendado um dia e hora para realização da entrevista. Para além da informação escrita, foi reforçada verbalmente pelo investigador as seguintes informações: objetivo do estudo e quais os instrumentos a utilizar na recolha da informação; a possibilidade e importância da sua participação neste estudo, garantindo a confidencialidade dos dados e anonimato; da decisão livre de participar, tal como a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento; da posterior destruição dos dados colhidos; sob a assinatura de ambas as partes do termo de consentimento informado livre e esclarecido, respeitando os princípios da beneficência e da justiça.

Cumprimos deste modo, as normas da Direção Geral de Saúde onde os profissionais de saúde, independentemente do vínculo contratual e de desempenharem funções em instituições

públicas ou privadas, devem diligenciar o consentimento informado do indivíduo respeitando o “princípio ético do respeito pela autonomia, em que se reconhece a capacidade da pessoa em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos” (Portugal, Direção Geral de Saúde, 2013, p. 7).

4.5. Estratégia de recolha de dados

A colheita de dados é uma etapa da pesquisa, que se inicia com a aplicação dos instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas, com a finalidade de colher os dados. Considerando este pressuposto, privilegiamos a *entrevista* como instrumento de recolha de dados, porque possibilita “recolher dados descritivos na linguagem própria do sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 134), e facilita a obtenção de informações pormenorizadas. Para Cunha (2009), é um instrumento essencial na abordagem em profundidade do ser humano, porque propicia uma compreensão copiosa do mesmo. Ainda como nos refere Fortin (2009, p. 375) a entrevista “é um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação” sendo muito utilizada nos estudos exploratório-descritivos, por ser um processo planificado que exige uma grande disciplina por parte do entrevistador.

Considerando o objeto de estudo, optou-se pela *entrevista semi-estruturada*, que implica a existência de um guião previamente organizado e que é o eixo orientador do desenvolvimento da entrevista (Apêndice 1), facilitando o recordar de todos os conteúdos a focar e permitindo a livre expressão de opiniões dos entrevistados sobre cada um dos assuntos (Sampieri, Collado e Lucio, 2013; Polit e Hungler, 2004).

Foi realizada validação da entrevista, através de um *pré-teste* a um portador de LVM que não foi incluído na amostra do estudo e cujo processo de seleção foi idêntico ao da pesquisa, não fazendo parte da amostra final. Trata-se de uma forma, segundo Fortin (2009, p. 386) de “descobrir os defeitos (...) e fazer correções que se impõe” e teve como pressuposto a clarificação de linguagem e perceber quais as dificuldades na abordagem da temática, tanto para o entrevistado como para o entrevistador. Após a realização do mesmo, foi possível estimar o tempo médio de duração da entrevista, aperfeiçoar a técnica e validar a entrevista formulada. De salientar que o guião da entrevista não sofreu alterações.

Na estruturação da entrevista foram considerados os objetivos da investigação e as grandes linhas dos temas a explorar, com o intuito de se obterem dados que nos permitissem conhecer a vivência e adaptação da sexualidade pelos portadores de LVM. A efetivação da mesma partiu de questões globais e estruturantes, direcionando-se progressivamente para as questões mais específicas, porque facultam o pensamento livre e favorecem a exploração da resposta dos participantes, tendo como duração média de 75 minutos (como se pode consulta no Quadro 4). A sua gravação foi efetuada em registo áudio, após consentimento informado dos participantes. A totalidade da colheita de dados efetuou-se no domicílio dos entrevistados, a seu pedido, por se sentirem mais à vontade como frisa Sampiéri, Collado e Lucio (2013) e ao mesmo tempo não acarretar transtornos e gastos económicos acrescidos com deslocações, mais se acrescentando que estas decorreram entre novembro e dezembro de 2014 (Apêndice 3).

Quadro 4 - Tempo de entrevista por participante e respetiva transcrição

PARTICIPANTES	DURAÇÃO DA ENTREVISTA (em minutos)	TEMPO DE TRANSCRIÇÃO (em minutos)
<i>E1</i>	65	420
<i>E2</i>	75	390
<i>E3</i>	107	420
<i>E4</i>	95	540
<i>E5</i>	82	600
<i>E6</i>	71	360
<i>E7</i>	55	420
<i>E8</i>	48	240
<i>TOTAL</i>	598	3390
<i>MÉDIA</i>	75	423

4.6. Tratamento e análise de dados

Na pretensão de descrever a influência da intervenção do enfermeiro de reabilitação na sexualidade do lesionado medular e como este a vivencia, torna-se pertinente a seleção de

uma técnica de análise que permita emergir dos dados todo o seu significado. Neste sentido, e visto que os dados obtidos resultam do testemunho das perceções pessoais, a análise de conteúdo constitui o método mais adequado já que é um dos métodos de análise textual reiteradamente utilizado na análise de dados qualitativos (Sampieri, Collado e Lucio, 2013). Bardin (2011, p. 42) refere que a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. Tem como objetivo organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados da pesquisa, de modo a se conseguir obter respostas adequadas às questões de investigação.

Como orientação no processo de análise deste estudo consideramos como principal referência Sampieri, Collado e Lucio (2013, p. 451) que mencionam que “o procedimento mais comum de análise específica (...) vai surgindo fundamentada nos dados”, pelo que a análise de conteúdo constitui o método mais adequado, porém salientam que este processo de análise não é linear e é extremamente iterativo. Segundo Fernandes e Maia (cit. por Fernandes e Almeida, 2001), o método tem subjacente uma lógica indutiva de construção do conhecimento e envolve uma sequência hierárquica de procedimentos sistemáticos e rigorosos de análise de dados. Neste sentido, partindo da abstração totalizante, os dados possuem todo um manancial de informações que servirão de base para a construção de categorias iniciais de natureza descritiva e para a descoberta de relações entre conceitos. De alguma forma, esta é reinventada de cada vez que é aplicada, em função do domínio e dos objetivos do investigador.

Após a transcrição integral dos discursos dos participantes obtidos através da entrevista (codificados de E1 a E8 e com uma média de transcrição de 423 minutos por entrevista, que perfaz 3390 minutos em transcrições, como se pode constatar no Quadro 4), submetemo-los a uma exploração detalhada e analítica, a fase de codificação. Como não possuíamos qualquer categoria pré-definida, as categorias por nós obtidas foram sendo formuladas, reformuladas e refinadas através da classificação progressiva dos conteúdos que íamos identificando nos dados, à medida que estes iam sendo analisados. Optámos por utilizar a frase como unidade de registo para a construção das categorias e das subcategorias. Este processo foi gradual e pouco linear, pautado por repetidas reformulações da grelha categorial (com categorias e

subcategorias) até à sua estrutura final, obtendo-se uma matriz de dados final (Apêndice 4), sendo apresentados os resultados no capítulo que se segue.

As categorias de análise foram elaboradas, em conformidade com as regras do Quadro 5 e com base nos autores Sampiéri, Collado e Lucio (2013).

Quadro 5 - Regras aplicadas na elaboração de categorias

CATEGORIAS DE ANÁLISE	REGRA APLICADA
Padrão de comportamento sexual antes da lesão medular	Ter em consideração qualquer característica de conduta e valorização dos diferentes padrões de comportamento sexual antes da lesão medular e que seja explicitamente referida.
Padrão de comportamento sexual após a lesão medular	Ter em consideração qualquer característica de conduta e valorização dos diferentes padrões de comportamento sexual após a lesão medular e que seja explicitamente referida.
Autoimagem comprometida	Ter em consideração qualquer alteração corporal e/ou complicação orgânica resultante da lesão medular com impacto na identidade pessoal ² .
Alteração nos papéis sociais	Ter em consideração qualquer alteração sentida e expressa pelo próprio nos padrões de relacionamento social.
Tipo de informação	Ter em consideração a presença e/ou ausência de informação relativa à sexualidade e que seja explicitamente referida.
Fontes de informação	Ter em consideração qualquer meio, local, pessoa ou profissional de saúde a quem o próprio tenha recorrido, e que possa ter contribuído para a sua informação.
Imagem corporal positiva	Ter em consideração qualquer característica pessoal e/ou relacional e/ou social considerada positiva pelo próprio, capaz de facilitar a adaptação na sexualidade.
Obter e dar prazer	Ter em consideração qualquer ação do LVM realizada através de comportamentos não-verbais, verbais e físicos para uma vivência satisfatória da sexualidade.
Terapêutica farmacológica e/ou cirúrgica	Ter em consideração qualquer terapêutica farmacológica e/ou cirúrgica conhecida e/ou utilizada.
Perceção sobre os recursos	Ter em consideração a perceção do LVM sobre a terapêutica farmacológica e/ou cirúrgica.

² **Identidade pessoal:** autoimagem com as características específicas: conjunto de ideias, sentimentos e atitudes que cada um tem sobre a sua identidade, valor, capacidades, limitações e opiniões dos outros; condição de ser uno em substância, natureza e qualidade (International Council of Nurses, 2005, p. 79).

Contacto com o EEER	Ter em consideração a ligação profissional estabelecida com a equipa de enfermagem.
Contributos de intervenção do EEER	Ter em consideração qualquer conduta dos enfermeiros que tenham contribuído na aquisição de conhecimentos, capacidades e/ou competências.

**CAPÍTULO V -
APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo apresentam-se os resultados extraídos da análise efetivada das entrevistas realizadas aos oito portadores de LVM (codificados de E1 a E8). Contudo, previamente optamos por desvendar a caracterização dos participantes em consonância com o Guião da Entrevista – Apêndice 1, e posteriormente procede-se à apresentação e interpretação dos resultados.

De forma a tornar mais compreensíveis os dados recolhidos nos discursos, optamos pela sua apresentação conjunta, organizada em torno de dois grandes eixos: as perspetivas comuns e as perspetivas divergentes dos participantes. Importa realçar que, com o intuito de facilitar leitura e consequente interpretação, optamos por cada subcapítulo (excluindo o primeiro) corresponder a uma área temática, com respetiva interpretação e discussão.

O Quadro 6 sintetiza as áreas temáticas e correspondentes categorias e subcategorias, cuja descrição será desenvolvida ao longo deste capítulo. Optamos pela exposição de tabelas síntese para cada uma das áreas temáticas, com os resultados das categorias e subcategorias de forma a proporcionar uma análise e interpretação dos discursos mais facilitada. No final de cada uma, elaboramos uma síntese reflexiva, tendo em consideração a teoria e a empiria desenvolvida na fundamentação teórica deste estudo.

No Apêndice 4, pode-se consultar a matriz de redução de dados onde está sintetizada toda a informação obtida através das entrevistas.

Quadro 6 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias da análise dos conteúdos das narrativas

ÁREAS TEMÁTICAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<i>Funcionalidade sexual do lesionado medular</i>	Padrão de comportamento sexual antes da lesão medular	<ul style="list-style-type: none"> - Sem iniciação da atividade sexual - Dimensão física - Dimensão relacional
	Padrão de comportamento sexual após a lesão medular	<ul style="list-style-type: none"> - Dimensão física - Dimensão relacional
<i>Dificuldades na expressão da sexualidade</i>	Autoimagem comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Perceção face aos outros - Privacidade - Dependência de terceiros nas necessidades humanas básicas - Aceitação <i>versus</i> não-aceitação da cadeira de rodas - Alterações e complicações da lesão vertebro medular - Resposta genital - Gestão da incontinência - Privação de controlo do corpo na relação sexual
	Alteração nos papéis sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Rejeição - Divórcio - Procriação - Implicações no relacionamento afetivo/relacional
<i>Necessidades de informação do lesionado medular sobre sexualidade</i>	Tipo de informação	<ul style="list-style-type: none"> - Sem transmissão de informação - Quem devia ter dado a informação - Quando devia ser transmitida
	Fontes de informação	<ul style="list-style-type: none"> - Próprio - Médicos - Enfermagem - Pares - Outros
<i>Estratégias de adaptação do lesionado medular na sexualidade</i>	Imagem corporal positiva	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomia - Estratégias de conquista - Autoconfiança na vivência da sexualidade
	Obter e dar prazer	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados com a parceira - Exploração - Diálogo - Planificação
<i>Recursos utilizados na vivência da sexualidade</i>	Terapêutica farmacológica e/ou cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> - Medicação via sistémica - Medicação via tópica - Bomba de vácuo - Implante - Desconhece
	Perceção sobre os recursos	<ul style="list-style-type: none"> - Experiência - Custo
<i>Intervenção do enfermeiro na vivência da sexualidade</i>	Contacto com EEER	<ul style="list-style-type: none"> - Ocorreu - Relação estabelecida - Não identifica/não ocorreu
	Contributos de intervenção do EEER	<ul style="list-style-type: none"> - Esvaziamentos - Sonda vesical - Abordagem da sexualidade

5.1. Caracterização dos participantes

Quadro 7 - Caracterização dos participantes

PARTICIPANTES	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS				DADOS RELATIVOS À LESÃO MEDULAR					ESTADO AFETIVO/ RELACIONAL	
	<i>Idade</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Habilitações literárias</i>	<i>Situação profissional</i>	<i>Etiologia</i>	<i>Nível lesão</i>	<i>Grau lesão (ASIA)</i>	<i>Internamento³/tempo</i>	<i>Tempo lesão (anos)</i>	<i>Parceiro sexual antes lesão</i>	<i>Com relacionamento de carácter sexual no momento da entrevista</i>
E1	60	Casado	2º ciclo	Reformado	Acidente de viação	Dorsal T3-T4	B	Hospital Geral/ 8meses	28	Sim	Sim
E2	38	Divorciado	12º ano	Escriturário	Mergulho	Cervical C5-C6	B	Hospital Central/ 1 mês Centro de Reabilitação/11meses	4	Sim	Não
E3	57	Casado	1º ciclo	Reformado	Queda (acidente de trabalho)	Dorsal T10	A	Hospital Central/ 1 mês Centro de Reabilitação/ 5meses	4	Sim	Sim
E4	42	Solteiro	Licenciatura	Funcionário público	Mergulho	Cervical C5-C6	B	Hospital Central/ 8 meses Centro de Reabilitação/ 3meses	25	Não	Não
E5	53	Divorciado	1º ciclo	Reformado	Queda	Lombar L3-L4	A	Hospital Distrital/6 meses Hospital Central/ 3 meses	20	Sim	Não
E6	28	Solteiro	12º ano	Reformado	Queda	Cervical C2-C4	B	Hospital Central/10 meses Centro Reabilitação no estrangeiro/ 10 meses	7	Sim	Não
E7	47	Casado	2º ciclo	Reformado	Arma de fogo	Dorsal T3-T5	B	Hospital Central/ não se recorda Centro de Reabilitação/ 3meses	23	Não	Sim
E8	50	Solteiro	2º ciclo	Vendedor	Queda (acidente de trabalho)	Dorsal T11	A	Hospital Central/ 2meses Hospital Especializado/ 6 meses	30	Não	Sim

³ Tipologia das unidades hospitalares baseado em: PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2012a).

Dos *dados sociodemográficos*, como podemos verificar através da análise do Quadro 7, aquando do momento da entrevista a média de idades é de 28 anos, quando ocorreu a LVM. Verificamos ainda, no que respeita ao estado civil, 37,5% é solteiro, 37,5% é casado e os restantes 25% são divorciados.

Respeitante às habilitações literárias dos participantes 25% possuem o 1º ciclo, 37,5% detém o 2º ciclo, 25% o 12º ano de escolaridade e 12,5% a licenciatura e alusivos à situação profissional, 62,5% dos inquiridos encontra-se reformado por invalidez após a LVM.

Nos *dados relativos à lesão medular* verificamos que na totalidade da nossa amostra a etiologia foi de origem traumática (12,5% por acidente de viação; 25% acidente por mergulho; 12,5% por arma de fogo; 50% por queda, 25% em contexto laboral), ocorreu em jovens adultos (com média de idade de 28 anos), do sexo masculino, que corrobora com os dados de Maia (2012), Ordem dos Enfermeiros (2009) e com os estudos realizados por Andrade e Gonçalves (2007) e Alves, Sousa e Pinto (2001).

Analizamos ainda que os segmentos da coluna vertebral mais atingidos estão situados entre C5 e C6 (correspondendo a 37,5% da amostra) e entre a T10 e L4 (equivalendo a 62,5% da amostra) aspetos que vão de encontro aos dados na revisão bibliográfica. No que concerne ao grau de lesão conforme a escala de classificação medular da ASIA é que 37,5% são grau A (lesão completa) e os restantes 62,5% são grau B (lesão incompleta), que reforçam os resultados obtidos por Andrade e Gonçalves (2007) e Araújo e Rocha (2004).

Importa salientar que 37,5% da nossa amostra não teve internamento em centro de reabilitação em oposição aos 62,5% (um dos quais num centro de reabilitação no estrangeiro), sendo que o tempo mínimo de internamento foi de três meses.

Dos participantes na nossa amostra, aquando entrevista, o tempo de LVM mínimo é de quatro anos e o máximo de trinta anos.

Equiparando a nossa amostra sobre etiologia, incidência e prevalência das LVM com os dados de outros estudos realizados em diferentes zonas geográficas de Portugal, nível europeu e dos Estados Unidos da América, apesar do diferente ano do estudo constatamos que globalmente convergem com os dados da nossa amostra.

Relativamente ao *estado afetivo/relacional* dos participantes, apenas três não tiveram parceiro sexual antes da LVM, que corresponde a 37,5% da amostra. No momento da entrevista metade, tinha relacionamento de carácter sexual.

No Quadro 8 apresenta-se uma síntese dos dados de locomoção dos participantes neste estudo de investigação.

Quadro 8 - Caracterização do meio de locomoção dos participantes

PARTICIPANTES	DADOS DE LOCOMOÇÃO			
	<i>Nível lesão</i>	<i>Cadeira de Rodas</i>	<i>Cadeira Elétrica</i>	<i>Uso de carro adaptado</i>
E1	Dorsal T3-T4	X		X
E2	Cervical C5-C6		X	
E3	Dorsal T10	X		X
E4	Cervical C5-C6		X	
E5	Lombar L3-L4	X	X	
E6	Cervical C4-C2		X	
E7	Dorsal T3-T5	X		X
E8	Dorsal T11	X		X

Após análise do Quadro 8 verificamos que da nossa amostra: 50% utiliza a cadeira elétrica para se deslocar e 62,5% usa a cadeira de rodas (este facto prende-se com um dos entrevistados usar ambas as cadeiras para se locomover) e ainda que 50% utiliza carro adaptado (representando 80% dos portadores de paraplegia). Podemos inferir de acordo com os dados apresentados por Hüter-BecKer e Dölken (2008), Hoeman (2011), Garcia-Verdugo, Hernandez, Palomo (2007), Greve e Ares (1999) e Burkhard [et al.] (1992) – Quadro 2, que o nível de lesão está intimamente interligado com o prognóstico funcional relativo à mobilidade.

5.2. Funcionalidade sexual do lesionado medular

Esta área temática, permite estabelecer uma análise comparativa entre o padrão de comportamento sexual prévio e posterior à LVM. Na Tabela Síntese 1, figura o resumo da análise de conteúdo das oito entrevistas, no que se refere à presente área temática.

Tabela Síntese 1 - Funcionalidade sexual do lesionado medular

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Padrão de comportamento sexual antes da lesão medular	Sem iniciação da atividade sexual				X			X	X
	Dimensão física					X			
	Dimensão relacional	X	X	X			X		X
Padrão de comportamento sexual após a lesão medular	Dimensão física	X						X	X
	Dimensão relacional		X	X	X	X	X		X

Através da análise de conteúdo das narrativas dos participantes enquadram-se as categorias: *Padrão de comportamento sexual antes da lesão medular* e *Padrão de comportamento sexual após a lesão medular*, ambas categorias englobam a subcategoria *Dimensão física* e *Dimensão relacional*; à exceção da primeira categoria onde também figura a subcategoria *Sem iniciação da atividade sexual*. Considerando este pressuposto analisá-las-emos conjuntamente.

Três dos entrevistados mencionaram que por altura da LVM não tinham iniciado a sua atividade sexual. Segundo Garret, Martins e Teixeira (2009a), o reajustamento à nova condição sexual está diretamente relacionada com os desejos particulares, experiência e hábitos sexuais da pessoa antes da lesão.

E4: Era virgem, nunca tinha tido uma relação com uma mulher, ponto final.

E7: (...) com 18 anos ou 19, uma pessoa se namorasse, isso não lhe interessava [sexo].

E8: (...) não tinha chegado o momento, não tinha acontecido. (...) Naquela altura ainda não dava valor.

Conforme apresentado pelo Ministério da Saúde de Portugal (Ministério da Saúde, 2011) mais de 80% dos casos de LVM ocorre em pessoas com idade compreendida entre os 15 e os 35 anos, tal como acontece com os participantes da nossa amostra, cuja média de idade aquando LVM é de 28 anos.

A subcategoria *Dimensão física* realça a importância atribuída às relações sexuais por um participante antes da LVM:

E5: (...) relações, claro, uma pessoa nova gosta de ter.

E por três após a LVM, como podemos comprovar nas narrativas:

E1: Quando se gosta de uma coisa e depois deixa de haver, então é a morte total. Também há prazeres na vida (...) se não há faca e garfo para comer, tem que se comer com a mão.

E7: Costuma-se dizer que o sexo faz parte da vida.

E8: (...) sexo oral.

Conforme referido por Alferes (1997) os homens valorizam mais as dimensões físicas, como a manipulação dos órgãos genitais, coito, orgasmo. Neste sentido, tal como salientado por E1, um homem que não consiga corporalizar a sequência ereção-penetração-ejaculação poderá sentir que a sua vida sexual cessou (Cardoso, 2003).

Previamente à LVM, cinco entrevistados consideraram os aspetos físicos e os relacionais conjugados na vivência da sexualidade, apesar de atribuírem maior importância à componente relacional como se pode constatar nas unidades de discurso da subcategoria Dimensão relacional:

E1: (...) essas coisas da sexualidade às vezes também é um bocado da cabeça.

E2: (...) uma pessoa sentir o toque, o facto de haver ejaculação e essencialmente o calor, no fundo, são tantos sentimentos.

E3: Eu sempre fui brincalhão e gostava de tudo, de tocar claro e de fazer, não é, gostava com tempo.

E6: Companhia, sexo (...) intimidade (...) tudo o que fazia complementava tudo. (...) tinha que ter conversa (...) gostava um bocadinho de tudo. (...) gosto de primeiro tentar conquistá-la, (...) gostem de falar e de preliminares.

E8: A sexualidade envolve tudo, desde o companheirismo, desde um simples toque, desde um beijo, uma carícia, isso faz parte do tudo. Tudo faz parte da sexualidade.

Após a lesão, sete participantes atribuíram maior realce à Dimensão relacional (como proximidade emocional, comunicação verbal, carícias, abraços, beijos), tendo ou não uma atividade sexual ativa ou intenção de a ter.

E2: (...) Eu acho que nestes casos é um bocado, muito mais o sentimento (...) o experimentar com uma pessoa só por experimentar não me diz nada (...) tem que haver sentimento, (...) cumplicidade (...) muita confiança um no outro.

E3: A base de uma relação é ser livres, é o respeito e ser livres.

E4: Às vezes um olhar, um gesto, se calhar a mim dá-me mais prazer do que o sexo propriamente dito (...) é a envolvimento (...) é o carinho, é o conhecer o corpo, é o

explorar o corpo de um e do outro. Se calhar eu tenho mais prazer nos preliminares.

E₆: Valorizo tudo na mesma. Também gosto de estar ali na conversa. Gosto que me toque e gosto de tocar, dos preliminares, tudo. É como se costuma dizer: é pacote completo. (...) dar mais importância aos pequenos passos e tudo.

E₇: (...) damos valor a coisas que antigamente não dávamos (...) já dou mais valor a outras coisas que se calhar não dava antes, ao relacionamento em si, o gostar da pessoa, os preliminares e tudo isso (...) ao carinho, (...) após o acidente, a gente dá mais valor a outras coisas.

E₈: (...) conversar e tudo mais, é que as pessoas começam a ter uma intimidade mais próxima e um à vontade para falar também. (...) Para mim a sexualidade, o estar com uma mulher é desde os beijinhos, os carinhos.

As narrativas dos entrevistados remetem para a citação de Hodge (cit. por Davis e Taylor, 2006, p.102) “a sexualidade é multifacetada”, isto porque apesar do coito vaginal ser a atividade sexual mais praticada em todas as civilizações em circunstâncias saudáveis e na ausência de LVM, para a vivência satisfatória da sexualidade, tal como defendem Almeida e Lourenço (2007), é essencial que coexistam o afeto, a paixão, a cumplicidade, o companheirismo, o namoro, o amor e o sexo. Schoeller [et al.] (2012) chamam a atenção para o facto dos lesionados medulares manterem expectativas sobre a sua sexualidade após a LVM semelhantes às vivenciadas anteriormente. A LVM conduz a profundas mutações no corpo que inevitavelmente originam transformações nos padrões de vida, ficando limitada a sua interação sexual (Greco [et al.], 2000), pelas sensações serem diferentes e menos intensas quando equiparadas às vivenciadas previamente à lesão (Garret, Martins e Teixeira, 2009b; Ducharme [et al.], 1992), conforme manifestam os participantes deste estudo.

Em síntese, podemos aferir das narrativas, que ocorreu alteração da percepção/valorização do ato sexual após a ocorrência da LVM, independentemente de terem iniciado ou não a atividade sexual. Os entrevistados que já tinham tido experiências sexuais, enfatizam após a LVM a dimensão relacional (como o sentimento, o diálogo, os preliminares) em prol da dimensão física da relação, tal como os que não a tinham tido (que salientam ainda mais a dimensão relacional – como o *E₄*; *E₇* e *E₈*).

5.3. Dificuldades na expressão da sexualidade

A segunda área temática possibilita conhecer as limitações sentidas pelos entrevistados após a LVM no tocante às dificuldades de expressão da sexualidade. Da análise das oito narrativas

inferiram-se as categorias: *Autoimagem comprometida* e *Alteração nos papéis sociais*, com subcategorias de análise, conforme a Tabela Síntese 2.

Tabela Síntese 2 - Dificuldades na expressão da sexualidade do lesionado medular

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Autoimagem comprometida	Percepção face aos outros	X			X		X		X
	Privacidade		X		X		X		
	Dependência de terceiros nas necessidades humanas básicas		X		X		X		
	Aceitação versus não-aceitação da cadeira de rodas	X		X		X	X	X	
	Alterações e complicações da lesão vertebro medular	X	X			X	X	X	X
	Resposta genital	X	X		X	X	X		X
	Gestão da incontinência	X	X	X	X	X	X		X
	Privação de controlo do corpo na relação sexual	X	X	X					
Alteração nos papéis sociais	Rejeição	X			X			X	X
	Divórcio		X						
	Procriação							X	X
	Implicações no relacionamento afetivo/relacional		X		X				

Da categoria *Autoimagem comprometida* surgiram oito subcategorias: *Percepção face aos outros*, *Privacidade*, *Dependência de terceiros nas necessidades humanas básicas*, *Aceitação versus não-aceitação da cadeira de rodas*, *Alterações e complicações da lesão vertebro medular*, *Resposta genital*, *Gestão da incontinência* e *Privação de controlo do corpo na relação sexual*.

Na subcategoria *Percepção face aos outros*, quatro dos entrevistados salientaram os mitos e estereótipos da sociedade face aos portadores de LVM, desde os mais próximos à população no geral. Dois enfatizaram o contributo negativo do “silêncio” em que o tema sexualidade está envolto ainda na atualidade para o bem-estar do portador de LVM:

E4: (...) as outras pessoas não pensam que tu tens essa necessidade. (...) a minha mãe pensava que eu não fazia nada. (...) as pessoas pensam que o deficiente tem uma sexualidade suja (...) porque as pessoas olham para nós como uma coisa à parte. Nós somos deficientes, não somos homens. Portanto, nós estamos assim não temos direito a ter sexo (...) a sociedade ainda não está aberta para este tipo de

vivência e de sentir o outro como um ser normal, com direito a sentir, a viver e a ter prazer.

E₆: (...) *ainda há muitas pessoas com preconceito, de uma pessoa em cadeira de rodas ou de uma pessoa normal. Há alguns que só por estar com a cadeira de rodas se calhar já não pensam tanto como homem, como se fosse o outro. Ainda há alguns, nota-se, não são todos, mas ainda há. Depois há quem ache que não tem interesse nenhum.*

Outros dois entrevistados salientaram o descrédito em relação à persistência desta necessidade nas pessoas com LVM como um aspeto que conduz a sentimentos negativos nos portadores, como são exemplo as seguintes narrativas:

E₁: *Naquela altura ninguém falava nesse assunto.*

E₈: (...) *aliás ninguém falava, desde a nossa casa, a nossa vida familiar, ninguém falava, pronto era um assunto, o sexo, a sexualidade era um segredo que nós tínhamos. (...) então mais nas zonas rurais então isto era impensável falar-se. (...) continua, as pessoas ainda têm aversão a falar disso.*

Neste âmbito, importa recordar Cardoso (2003) e Greco [et al.] (2000) que sublinham que o portador de LVM muitas vezes é considerado pela sociedade como assexuado ou sexualmente incompleto, embora a sexualidade seja um aspeto essencial da sua vida.

Na subcategoria Privacidade dois dos entrevistados mencionam como dificuldade associada à alteração da sua imagem corporal a privação da privacidade que se torna evidente através da necessidade de partilhar constantemente a sua esfera privada com uma terceira pessoa que contribui para a perda de espaço íntimo essencial à exploração do próprio corpo como objeto sexual promotor de prazer individual, como se pode constatar nas narrativas:

E₂: *É porque no fundo acabamos por não ter a dita privacidade que qualquer pessoa tem.*

E₄: *Mesmo com a minha empregada, no início é muito complicado, nós não temos privacidade. (...) nunca temos intimidade, o meu espaço é um bocado o espaço dos outros. É normal que as pessoas se toquem a si próprias, eu nunca tive isso, ou seja, sentir-me a mim próprio é difícil porque nós não temos intimidade. Ou seja, o nosso espaço é o espaço dos outros todos. (...) Mesmo quando estás a tomar banho está sempre uma pessoa contigo.*

Apenas um participante afirmou que, apesar de concordar que os portadores de LVM se veem privados de usufruir da sua esfera mais íntima, considera ser um privilegiado pelo facto dos

seus progenitores terem sempre respeitado e contribuído para que esta sensação de privação seja a menos intensa e negativa possível.

E₆: Se eu precisar de trazer uma amiga a casa ou assim, ou a minha namorada também, estava aqui ou ia para o quarto ou até eles [pais] às vezes, iam sair. Eu assim tinha privacidade para estar à vontade. (...) No meu caso, pessoas como eu, somos um bocado privados disso, mas também gostamos de ter um certo espaço nosso.

Importa recordar Cardoso (2003) e Pearson e Klook (1989) que corroboram as percepções anteriormente apresentadas e intimamente interligadas com a subcategoria que se segue *Dependência de terceiros nas necessidades humanas básicas.*

Os três participantes anteriormente citados sublinham igualmente este aspeto associado à perda da privacidade, identificam ainda as pessoas mais importantes na prestação de cuidados e os sentimentos associados à percepção de dependência e falta de autonomia para se autocuidarem (incapacidade, tristeza, resignação).

Dois referem a progenitora como cuidadora principal que é auxiliada pela empregada ou pelo pai:

E₄: (...) posso viver a minha vida, como eu quiser entre aspas porque eu preciso de outra pessoa. (...) a minha mãe vem aí e tenho uma empregada que de manhã vem-me vestir. (...) o meu corpo não é o meu corpo é o corpo dos outros todos.

E₆: (...) a gente perde muita coisa, mas também não tem por onde fugir, não conseguimos. É um bocado chato. Não é bem o normal, é o que tem que ser (...) Não posso fazer nada para contrariar isso. (...) Apesar de a minha mãe já ter aprendido a fazer cateterismos e a mudar a algália, no início era constrangedor, acho que é para qualquer um (...) Eu preciso de ajuda em quase tudo, vestir, despir, passar de roupa ou não. (...) Mesmo para o duche, na cadeira de banho e tudo, é o meu pai.

Por outro lado, um participante refere que o seu cuidador principal é a o irmão, mas conta ainda com o apoio domiciliário.

E₂: (...) o facto da gente depender de outras pessoas para quase tudo mexe muito connosco (...) Posso ajudar, mas preciso sempre de alguém para me ajudar. (...) em termos de qualidade de vida acabamos por não ser independentes e acabamos por ter de depender sempre das outras pessoas e temos que nos guiar, pelo pensamento das outras pessoas, não pela nossa vontade. (...) Tenho o meu irmão é ele que me ajuda, se bem que tenho a higiene pessoal e tudo mais pelo apoio domiciliário.

Ser-se portador de uma deficiência é inevitavelmente uma desvantagem, já que a pessoa se sente limitada no cumprimento de um papel que é normal e que anteriormente foi capaz de desempenhar sem as restrições que a deficiência impõe. Lobo [et al.] (2010) afirmam que a conotação negativa atribuída pela sociedade à deficiência acarreta igualmente custos físicos, psicológicos, familiares, profissionais e sociais que são testemunhados pelas narrativas acima apresentadas.

Na subcategoria *Aceitação versus não-aceitação da cadeira de rodas*, quatro dos participantes fizeram referência à cadeira de rodas como sendo um prolongamento de si próprios após a lesão, constrangedora e símbolo de mal-estar. Como podemos analisar:

E₁: (...) a minha cadeira vai sempre na mala do carro. Não me sinto bem com aquela companhia (...) a cadeira, a mim mete-me impressão. Claro que não é bom.

E₃: Na cadeira de rodas há parte positiva e parte negativa (...) Esquecer, nunca vai esquecer, a cadeira não dá para esquecer.

Um deles salienta ainda as vantagens da cadeira elétrica por lhe transmitir maior sensação de liberdade e de autonomia no desempenho das diferentes atividades de vida diárias, facilitando ainda quer os contactos sociais quer o desempenho de uma atividade profissional nas situações em que tal se torna possível.

E₅: Adaptei-me melhor quando tive a cadeira elétrica, aí é que eu já me expandia, já andava mais à vontade.

Em contrapartida, um entrevistado apresenta uma consideração menos positiva acerca da cadeira elétrica pela estrutura que apresenta, considerando-a pouco prática e inclusive reforçadora do estigma social, relatando:

E₆: Não sei porquê não me sinto bem nela. Deve ser por ser muito grande que ela faz plano inclinado e é muito grande e para andar na rua, não sei, acho que é muito grande.

Dois dos participantes destacam a limitação sentida na capacidade de conquista devido ao comprometimento da sua mobilidade, referindo que:

E₆: (...) é um bocado diferente porque agora eu não posso ir atrás dela, agora para ter têm que elas vir ter comigo. Já é diferente como eu não tenho tanta mobilidade já é mais difícil eu estar com elas.

E₇: Viver com certas limitações é sempre complicado.

Costa [et al.] (2010) encontraram resultados semelhantes, considerando a cadeira como uma extensão do seu corpo que confere ao portador de LVM autonomia e dignidade. Além disso e como afirma Alferes (1997), tradicionalmente cabe ao sexo masculino a iniciativa direta do contacto sexual, assim devido à influência das normas socioculturais ainda vigentes na nossa sociedade é notório o sofrimento destas pessoas que se veem privadas desta competência e consequentemente percebem o seu futuro relacional como ambíguo.

Na subcategoria Alterações e complicações da lesão vertebral medular, cinco dos entrevistados salientam-na como dificuldade na expressão da sexualidade, por comprometer intensamente o desempenho sexual pela alteração da sensibilidade ou por episódios de espasticidade. Estas alterações reforçam a percepção de ineficácia, desconforto e de diferença amplificando o sofrimento e diminuindo em consequência a autoestima e autoconfiança.

Concretamente dois destacam os efeitos negativos que advêm dos episódios de espasticidade:

E₁: (...) num paraplégico basta a gente mover-se um bocadinho para a placa cair (...) ninguém pode ir abaixo, a gente tem que ficar, tem que começar tudo de novo, que aliás basta um espasmo ou outra coisa que atira tudo abaixo.

E₆: Eu tenho muita [espasticidade] mas quebra rápido. Qualquer coisa...

Por outro lado, a outros dois entrevistados fazem referência aos constrangimentos que derivam da alteração da sensibilidade:

E₂: (...) para além de não termos, de perder a reação, não controlamos o simples facto de sentirmos calor ou frio, acabamos por não sentir nada, nem o toque, o toque acaba por ser sentido de forma diferente. (...) noto uma grande diferença ao nível da reação ao toque, a partir do peito para baixo.

E₅: Não, nada, nem para urinar, nada, não sinto nada.

E₈: (...) devido a não ter sensibilidade, não consigo controlar.

Um dos entrevistados enuncia também as disreflexias, como constamos na transcrição:

E₂: (...) temos a chamadas disreflexias, os vários sintomas de ter por exemplo uma algália entupida, é muito importante para nós.

À semelhança da opinião dos participantes neste estudo, também, Magalhães [et al.] (2013); Rodrigues, Oliveira e Almeida (2008); Borrelli (2007); Hoeman (2000) e Ducharme [et al.] (1992) destacaram a espasticidade, a mobilidade comprometida e a alteração da sensibilidade como condições limitadoras da vivência satisfatória da sexualidade pelo portador de LVM. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009), Greve (2007) e o International Council of

Nurses (2005) a disreflexia autónoma é controlada através da identificação e tratamento e ou eliminação do fator que a desencadeia, sendo fundamental a orientação da equipa de profissionais de saúde que acompanham a reabilitação da pessoa portadora de LVM, tal como mencionado pelo entrevistado. Mais se acrescenta que a classificação da lesão quanto ao tipo e nível permite esclarecer quais as alterações sensoriais, motores e/ou autónomas que podem surgir, no fundo qual o prognóstico funcional (Lopes, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2009; Greve, 2007; Delisa, 2002).

Na subcategoria *Resposta genital* seis participantes do estudo referiram que a resposta genital após a LVM fica comprometida, provocando mudança nas sensações até então tidas na prática sexual. Surge uma confrontação com a perda de qualidade das relações sexuais pela perceção de incapacidade de autocontrolo das reações a nível genital. Perante as dificuldades mencionadas, os entrevistados afirmam que procuraram adaptar-se à nova condição com a intenção de encontrar a forma mais ajustada e satisfatória de vivenciar a sua sexualidade.

O aspeto salientado por três participantes como mais difícil de lidar prende-se com a inexistência de ejaculação, porque a resposta genital é diferente do previsto causando um grande impacto negativo nas pessoas portadoras, como contatamos nas narrativas:

E₁: (...) tudo nunca pode ser porque não há ejaculação.

E₂: (...) é diferente mas também pode ser bom. (...) no fundo, acaba por não ser aquilo que a gente esperava. (...) a sensação que a gente tem é que funciona, mas acaba por não ser o resultado que a gente esperava. (...) da primeira vez é um grande impacto porque a gente pensa que as coisas vão funcionar como antes e isso não acontece. (...) Ejaculação nem pensar. (...) O facto de não haver ejaculação, pelo menos para um homem, penso que é uma coisa que marca. Lá está a ereção, por vezes, é espontânea, é uma coisa que nós não conseguimos controlar a 100%.

E₆: (...) a minha ereção tanto pode ser ao toque ou com o pensamento (...) eu continuei com ereção na mesma, só que por exemplo ejaculação eu não tenho (...) A gente chega a atingir um orgasmo na mesma, mas claro que não é igual. Não sei como explicar, tem-se o mesmo prazer, tem-se tudo na mesma.

Dois inquiridos destacam a ereção espontânea como um aspeto complexo de lidar ao nível sexual:

E₄: (...) ele [pénis] é autónomo. Mas, agora já comecei a compreendê-lo, já começo a dar-lhe a volta, mas é complicado. E para mais quando estamos na expectativa é quando aquilo sai furado.

E₈: (...) tenho ereção espontaneamente (...) apesar de não conseguir ter uma relação sexual como um homem normal, eu não consigo ter uma penetração.

Apenas um participante mencionou que, perante a ausência de resposta genital aos estímulos existentes no período anterior à lesão, interiorizou que a mesma está inativa e por isso abdicou da procura de estratégias para aprender a lidar com as alterações neste aspeto da vida.

E₅: (...) mesmo que a mulher tivesse nua eu não tinha reação nenhuma.

Neste sentido, relembramos que Duchene (2011); Garret, Martins e Teixeira (2009); Ordem dos Enfermeiros (2009); Borrelli (2007) e Greve e Ares (1999) explicam as razões biológicas que conduzem às dificuldades sentidas ao nível da ejaculação e ereção em função do tipo e do nível de lesão. Por outro lado, Rodrigues, Oliveira e Almeida (2008); Sousa, Ferreira e Coutinho (2006) e Schneider (1994) alertam para a forte agressão psicológica, ao nível da autoimagem e da autoestima, vivenciados pelas pessoas com LVM para além das sequelas físicas. Esta exige uma superação da perda que dependerá de fatores como a personalidade e o quadro de referências pessoais de cada indivíduo.

Na subcategoria Gestão da Incontinência sete dos entrevistados referiram dificuldades ao nível do controlo dos esfíncteres que oscilam entre a ausência total de sensibilidade (pode implicar o recurso ao uso de fralda, cateterismos intermitentes e/ou algália) até ao controlo integral dos mesmos, como inferimos das narrativas:

E₁: (...) é como controlar os esfíncteres e tudo.

E₂: Não faço [esvaziamentos] porque não tenho ninguém que me faça. (...) Eu não consigo.

E₃: Tinha de fazer o esvaziamento porque também não ia estragar a saúde da mulher, se tivesse a bexiga cheia e estivesse a fazer estava sujeito a urinar dentro da mulher, da vagina.

E₄: (...) antes de me envolver esvazio a bexiga, tento controlar, mas às vezes tenho de urinar, acontece, fico chateado, mas acontece.

E₅: Tenho fralda, uso fralda, usei sempre fralda.

E₆: (...) quando ela está a ficar cheia eu sinto e aí eu digo. (...) como me sinto, posso estar duas horas e ter vontade de urinar e posso estar seis. Se tiver que fazer esvaziamento é que é mais complicado um bocadinho.

E₈: (...) uso a algália permanente, porque eu não consigo, apesar de eu esvaziar a bexiga agora, se tirar a algália aguento pouco tempo mesmo, pouquíssimo tempo mesmo, portanto, não sei porquê, mas sempre foi assim.

A Ordem dos Enfermeiros (2009) e Rodrigues, Oliveira e Almeida (2008) salientam o facto da incontinência fecal e urinária interferir negativamente com a obtenção de prazer. Questões desta natureza são das mais valorizadas pelos portadores de LVM, conclusão que corrobora a percepção dos participantes na nossa investigação.

Por último, na subcategoria Privação de controlo do corpo na relação sexual, três dos participantes destacam os constrangimentos na prática sexual associada à privação do controlo do corpo que se observam através da alteração na capacidade de participar numa relação sexual.

Assinalam a impossibilidade de recorrer a certas posições para a prática sexual que anteriormente eram consideradas como fonte de prazer e a subjugação à estimulação por parte da companheira:

E₁: Eu não me posso pôr em cima dela. Eu posso, só que depois, portanto...

E₂: Tem que ser praticamente a outra pessoa a fazer tudo.

E₃: Agora estou assim, por cima é difícil, porque os pés ficam pesados, então estou a magoar, tem que ser praticamente de lado. (...) Só no movimento, antes podia-me pôr nas posições que quisesse e agora não.

No tocante a este aspeto e considerando as conclusões obtidas por Borrelli (2007), concordamos que a incapacidade física é limitadora na interação sexual das pessoas com LVM, pelo que a posição escolhida é um fator determinante da satisfação sexual (Cardoso, 2003). Além disso, a necessidade de uma maior colaboração portador LVM-companheira na vivência da sexualidade postulada por Garret, Martins e Teixeira (2009a) vão de encontro ao mencionado nos discursos dos entrevistados.

Na categoria ***Alteração dos papéis sociais*** os discursos dos participantes fizeram emergir através da análise de conteúdo as seguintes subcategorias: Rejeição, Divórcio, Procriação e Implicações no relacionamento afetivo/relacional.

Relativamente à primeira subcategoria Rejeição, quatro participantes referiram que uma preocupação recorrente ao nível afetivo-relacional se prende com o medo da rejeição e a necessidade de ocultar a LVM numa fase inicial de conquista, só existindo revelação numa fase em que o nível de confiança estabelecido com a parceira é maior. Isto porque o sentimento de rejeição pela diferença sendo uma constante nas interações sociais gerais reforça a percepção de culpa e dúvida acerca da capacidade para satisfazer sexualmente uma mulher, que abala a hegemonia masculina.

E1: (...) não vou logo dizer, eu sou paraplégico. (...) Algumas ficaram chateadas, porque é que não disseste logo? Muitas dizem que não têm problema, mas têm.

E4: Primeiro eu não quero ser uma opção. (...) já sabemos como é o nosso corpo, nós sofremos pelo que os outros vão pensar. Também medo, ao fim ao cabo é uma rejeição. Nós já estamos habituados a ser rejeitados, é complicado lidar com a rejeição. (...) não tens um feedback é isto é aquilo e ficas na dúvida, então estás sempre a pôr a culpa em ti, porque tu és diferente, tu não és capaz, porque se calhar tu não consegues ser a pessoa que ela queria que eu fosse. Passa tudo por aí.

E7: Claro que é uma coisa que a gente ao princípio não diz (...) Se tiver uma relação mais profunda aí sim, a gente fala. Agora se for uma coisa passageira, são coisas que não abordo.

E8: (...) depois de levar alguns não de amigas, algumas relações que chegou a determinada altura que não deram certo (...) Tipo levar um não, dizer que eu não quero andar contigo porque tu não me vais conseguir satisfazer sexualmente. Inclusive tive uma dessas respostas, na altura não me magoou, depois magoou, porque caí em mim.

Conforme Lobo [et al.] (2010) a alteração da imagem corporal no portador de LVM está associada à insegurança e à frustração e repressão do desejo sexual (Borrelli, 2007). Estes sentimentos negativos são reforçados pelas influências socioculturais que determinam papéis sexuais rígidos e ainda que a LVM tem um “efeito desmasculinizante” (Cardoso, 2003, p. 506), que se revela através do medo de desiludir e do abandono, tal como revelado pelas narrativas dos participantes neste estudo.

No seguimento do anteriormente referido, emerge a subcategoria Divórcio onde se destaca a narrativa de um dos participantes que tinha uma relação conjugal estabelecida antes da LVM. Sublinhou a adaptação à nova condição como difícil e dolorosa para o próprio, mas não menos impactante para a companheira que teve que aceitar as alterações quer no seu parceiro quer na dinâmica conjugal, assumindo um papel mais exigente para o qual não estava preparada. Neste sentido, e com base na sua experiência pessoal, o entrevistado defende que são raras as mulheres e esposas que se mantêm no casamento:

E2: (...) a maior parte dos divórcios nestes casos é devido à condicionante de ter que viver com uma pessoa que está ali ao lado e precisa de ajuda. (...) penso que para ela foi um choque muito grande porque a partir dali desenrola-se a parte de divórcio (...) as pessoas que estão ao lado, raras são aquelas que aceitam viver uma vida ao lado de uma pessoa que no fundo está dependente dela.

Importa aqui lembrar Lobo [et al.] (2010) e Carvalho (cit. por Cavalcante [et al.], 2008) referem que o sentimento de perda de identidade masculina acarreta fortes desajustes emocionais e sentimento de inferioridade que podem contribuir para um desfecho negativo das relações conjugais estabelecidas quando o próprio portador de LVM apresenta dificuldade de adaptação à nova condição.

Na subcategoria Procriação, das narrativas de dois participantes tornou-se perceptível que a procriação é um aspeto da vida importante ainda que tenha sido vivenciado de forma distinta. Um teve a oportunidade de gerar uma vida sem planificar, aspeto da vida muito valorizado e que contribuiu para que este se sinta satisfeito apesar das limitações associadas à LVM.

E7: (...) claro que se eu não conseguisse ter [filhos] se calhar aí procurava e ia ver o porquê. Não, não foi o que aconteceu, naturalmente aconteceu.

Por outro lado, um dos participantes desejava que acontecesse mas não passa de um sonho por realizar, aspeto que se reflete numa reduzida satisfação com a vida.

E8: (...) eu sempre achei que não era possível por não ter espermatozoides, pela forma normal. (...) Gostava de ter um filho, não aconteceu, gostava de tê-lo visto crescer, ter, fazer parte. (...) Foi um desses sonhos que eu vi desmoronarem-se.

Conforme é possível constatar no enquadramento teórico são inúmeras as dificuldades sentidas pelos portadores de LVM na vivência da sexualidade as quais são despoletadas por mitos associados a comprometimentos orgânicos, como por exemplo na ereção e na ejaculação. Neste sentido, a procriação natural por implicar uma relação sexual com coito pode ser afastada pelo portador de LVM com lesão completa ou incompleta, principalmente quando coexiste um desconhecimento acerca do tipo e do nível da lesão. Para reforçar esta ideia importa recordar McAlonan (cit. por Davis e Taylor, 2006) que afirma que as pessoas que sofreram LVM logo após esta ter ocorrido pensam na sua performance sexual e na fertilidade. Por seu lado, Cardoso (2003) constatou que o desejo de ser pai e de casar se mantém nos indivíduos com LVM.

Na última subcategoria Implicações no relacionamento afetivo/relacional dois dos entrevistados salientaram que uma das limitações mais importantes a considerar ao nível dos relacionamentos afetivos se prende com a perceção do desgaste sentido pelo cuidador, em particular a parceira, que se repercute forçosamente na relação e conduz a sentimentos de culpa, frustração e revolta no portador da incapacidade, conforme as narrativas a seguir apresentadas:

E₂: Desgasta bastante [rotinas]. (...) mas eu penso que lá no fundo acaba por haver um desgaste enorme nela [esposa]. (...) o simples facto de dependermos de pessoas para cuidar é um bocado incomodativo e revoltante.

E₄: Eu também quando tiver uma relação com uma mulher não quero que ela seja minha empregada. As pessoas não têm noção que cuidar diariamente de mim, ia privar o casal daquela intimidade (...) programar muito as coisas, isso ia desgastar muito a relação. (...) é muito complicado viver em relação, dar a entender ao outro o que é para nós a sexualidade, porque aquele prazer que a outra tem, não pode estar à espera que seja o mesmo que nós temos.

Em síntese, são diversas as dificuldades na expressão da sexualidade enumeradas pelos portadores de LVM (perfazendo um total de doze), não obstante às mesmas, cada um dos entrevistados relata em média seis dificuldades. Importa realçar que enfatizam as alterações da imagem corporal (oito das doze dificuldades identificadas) em prol das decorrentes das alterações nos papéis sociais (quatro das doze dificuldades identificadas).

5.4. Necessidades de informação do lesionado medular sobre sexualidade

Após a exploração da funcionalidade sexual e as dificuldades na expressão da sexualidade perante a LVM dos entrevistados, interessa conhecer as necessidades de informação dos mesmos relativamente à sexualidade. Surgem deste modo as seguintes categorias: ***Tipo de Informação*** e ***Fontes de Informação***, como se pode rememorar na Tabela Síntese 3.

Tabela Síntese 3 - Necessidades de informação do lesionado medular sobre sexualidade

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Tipo de Informação	Sem transmissão de informação	X			X	X		X	X
	Quem devia ter dado a informação			X					X
	Quando devia ser transmitida					X	X		X
Fontes de Informação	Próprio	X			X		X	X	
	Médicos		X	X	X				
	Enfermagem	X	X		X	X	X		
	Pares					X	X	X	
	Outros	X					X		

Na categoria ***Tipo de Informação*** surgiram três subcategorias: *Sem transmissão de informação*, *Quem devia ter dado a informação* e *Quando devia ser transmitida*.

No que concerne à subcategoria Sem transmissão de informação através das narrativas de cinco dos participantes foi possível perceber que a temática da sexualidade é uma área de vida fundamental para o portador de LVM e a confrontação com a não abordagem durante o processo de reabilitação nem mesmo posteriormente nas consultas de seguimento é difícil de aceitar por ter condicionado a sua qualidade de vida. Como explicação referem que esta área é ainda hoje tabu na nossa sociedade, sendo por isso compreensível que para as equipas de profissionais de saúde seja constrangedor fazer a sua abordagem, quer pela falta de vontade, quer pelas diferenças existentes face à sexualidade na pessoa sem deficiência. Contudo, nas narrativas é notória a revolta pela desconsideração deste aspeto essencial da reabilitação do portador de LVM:

E1: Eles não falavam disso com ninguém. (...) essas conversas nunca eram tema para nós. (...) Eles dizem que explicam, não sei como está isso agora, mas nós nunca tivemos conversas nenhuma.

E4: Por mais incrível que possa parecer, durante alguns anos de internamento e processo de reabilitação, nunca foi abordado o tema da sexualidade na deficiência. (...) É muito tabu, ainda hoje. A sexualidade é um tabu. A sexualidade na essência não existe. (...) ninguém me explicou como é que era e como é que acontecia. (...) Eu também compreendo que seja um bocado complicado para eles falar sobre o assunto, porque nós nunca vamos sentir o que eles estão a sentir, ou ao contrário, é complicado falar sobre sexualidade de uma pessoa, para nós o que é a sexualidade, é totalmente diferente. É complicado.

E5: Quando fiquei assim deviam ter falado e não falaram. É importante porque faz parte da vida. (...) Podiam ter falado não é, a sexualidade faz bem que a gente nunca perde a ideia (...) eles também podiam dizer, agora no meu tempo não diziam, agora podiam dizer, ora bem, mas podiam dizer mesmo que a gente não perguntasse, podiam.

E7: Acho que na altura se houvesse a informação que há hoje as coisas podiam ser diferentes (...) como nunca foi colocado a nós, a gente também nunca colocou.

E8: Agora sobre essa situação não houve, não havia diálogo porque ninguém falava, ninguém falava. (...) talvez por o médico nunca ter insinuado, exatamente, porque se o médico na altura tivesse insinuado ou tivesse falado alguma coisa sempre criava-se uma relação, uma abertura talvez fosse mais fácil, o que não aconteceu pronto.

Importa recordar neste ponto Garret, Martins e Teixeira (2009a) que sublinham, tal como os participantes deste estudo, a importância de conciliar a reabilitação física da pessoa com LVM com a avaliação e orientação que permitirá alcançar uma vida sexual satisfatória apesar de

modificada ou não. Apesar do Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro referir que a intervenção do EEER não se centra exclusivamente na reabilitação motora, atribuindo destaque à intervenção na sexualidade, Garret (2012) reconhece que em Portugal os profissionais de saúde não elucidam os lesionados sobre a sua nova condição sexual, apesar de transmitirem a ideia de que o fazem. Ainda Roper, Logan e Tierney (1995) acrescentam que esta tarefa exige sensibilidade, tolerância, conhecimento e que o enfermeiro se sinta confortável com a sua própria sexualidade e com a discussão destes tópicos.

Na segunda subcategoria Quem devia ter dado a informação apenas dois dos participantes consideram que deveriam ser os profissionais de saúde, médicos e/ou enfermeiros, a transmitir de uma forma aberta e com rigor a informação relativa à vida sexual após a LVM, de acordo com a singularidade de cada caso.

E₃: (...) perguntava diretamente à médica, à doutora.

E₈: Os hospitais deveriam falar, quer pessoal de enfermagem quer o pessoal médico, deveria, dever-se-ia falar mais abertamente porque é um assunto normal.

Neste sentido, à semelhança da perspetiva dos participantes neste estudo, Galhordas e Lima (cit. Garret e Teixeira, 2007) sublinham a importância dos profissionais de saúde se unirem na prestação de auxílio aos portadores de LVM e aos seus parceiros ao nível da sua vida sexual, procurando o seu bem-estar. Greco [et al.] (2000) acrescenta que apesar de a sexualidade ainda constituir um tema de difícil abordagem pelos elementos da equipa multidisciplinar, os EEER têm um papel importante neste âmbito.

Na terceira e última subcategoria Quando deveria ter sido transmitida, três entrevistados concordaram que a abordagem da sexualidade após a LVM deverá ocorrer no período inicial do processo de reabilitação, ainda que com a salvaguarda que seria preferível numa fase mais próxima do momento de término do internamento e regresso ao domicílio, para que o processamento das informações seja progressivo e o menos chocante possível.

E₅: Podia ser e devia ser logo no começo.

E₆: A gente está ali, tem perceção para umas coisas, mas acho que não pensa muito sobre o assunto. (...) Se calhar no início não, já era muita coisa a assimilar, mas mais para o fim. (...) nos últimos meses, começar a falar sobre isso e depois nas consultas também se fosse preciso falar sobre isso (...) nos últimos meses podiam dar um alerta, a dizer pode isto, pode funcionar, pode não funcionar, dar algumas luzes para a gente também não estar ali no escuro.

E₈: Logo no após o acidente talvez acho que seja muito rápido, seja uma mudança. Cerca de um ano, sim, porque ter o acidente hoje e daqui a uma semana o Dr. dizer olha tu nunca mais vais poder estar com uma mulher nas circunstâncias normais, acho que se a pessoa dá-lhe outro choque, certo que é muito mau. Pronto, teria que haver uma preparação uns meses antes, ir preparando, pronto, se não é muito seguido, é uma facada.

Dos relatos revelados pelos participantes extraíram-se as seguintes subcategorias: Próprio, Médicos, Enfermagem, Pares e Outros relativas à categoria **Fontes de Informação** utilizadas pelos lesionados.

No que concerne à subcategoria Próprio, metade dos participantes mencionaram que obtiveram informação principalmente através da exploração do seu próprio corpo, fazendo experiências com este gradualmente conforme foram adquirindo mais autonomia. Isto porque consideram que falar com uma terceira pessoa pode ser muito constrangedor pela diferença com que se deparam na funcionalidade do seu próprio corpo após a LVM.

E₁: (...) a informação que eu tinha era a que o corpo dizia (...) eu é que procurei a informação, outras coisas, fui testando para ver.

E₄: Fui eu que conheci o meu corpo (...) Aprendi comigo, mas ainda bem, se me tivessem falado, eu ia ficar muito mais retraído. (...) é difícil nós conseguirmos explicar ao outro e ele sentir aquilo que nós estamos a pensar, porque é complicado. O nosso corpo é diferente, ponto. E conseguir abordar o outro, ou chegar à fala com o outro e conseguirmos explicar bem o que estamos a sentir é complicado.

E₆: Eu também nunca puxei muita conversa porque eu como me ia informando (...) também queria saber, também tentei-me informar pelos meus meios.

E₇: (...) vamos conhecer outra vez o nosso corpo, não é, prontos, vamos viver outra vez e conhecer. (...) Conhecemo-nos outra vez conforme fomos adquirindo a nossa autonomia, também fomos adquirindo a nossa autonomia nisso. (...) Uma pessoa vai conhecendo o nosso corpo e começa a aperceber-se.

No que refere a este aspeto, Duchene (2011) menciona que possuir uma imagem corporal positiva previamente à LVM facilita o processo de adaptação às alterações corporais e conhecer limites e possibilidades do corpo evitam ansiedades e frustrações e estimulam-se potencialidades remanescentes (Borrelli, 2007), tal como mencionado pelos entrevistados.

No que respeita à subcategoria Médicos, apenas três dos participantes revelaram que foi o médico o veículo transmissor de informação acerca da sexualidade.

E₂: (...) lá da palestra, lá da médica, que ajuda (...) houve lá várias palestras sobre esse assunto, em Y, lá com uma doutora. (...) em Y havia a abordagem, mas era sempre o médico.

E₃: (...) uma médica chegou à minha beira e perguntou-me: você não quer ter uma consulta, não sei quê, de sexualidade?

E₄: Eu cheguei a falar com um médico na altura, chegamos a fazer testes, com este urologista, e fizemos várias experiências, ele receitou-me medicação.

Importa recordar Hoeman (2011) que considera que o sucesso no processo de reabilitação implica uma abordagem multidisciplinar, sendo a área profissional da medicina fundamental neste âmbito, conforme indicado pelos participantes no estudo.

Relativamente à subcategoria Enfermagem, metade dos entrevistados referiu que a abordagem da sexualidade durante o processo de reabilitação foi da responsabilidade do enfermeiro, profissional com o qual estabeleceram relações de maior confiança e conversas mais informais, que despoletam maior à vontade para se introduzirem temas mais delicados como o da sexualidade.

E₁: A enfermeira que falou isto comigo, ela tinha essa conversa comigo porque se não nessa altura, não tinha com ninguém.

E₂: Havia enfermeiros em que nós depois acabávamos por ter uma amizade maior e acabávamos por falar sobre tudo e logicamente tocávamos nesse aspeto.

E₄: Foi uma circunstância, conheci uma pessoa que era enfermeira e me ajudou.

E₅: Foi um enfermeiro em B (...) O resto não, só foi aquele enfermeiro.

E₆: Eu só me lembro de uma [enfermeira] ter falado, mas era em tentar tipo guardar esperma, mas isso foi em conversa, não foi a falar sobre mim, estava a falar comigo, em conversa com outros, que às vezes guardavam tipo os espermatozoides in vitro.

Todavia, dois dos entrevistados (E₂ e E₄) obtiveram informação quer por parte do enfermeiro quer do médico. De acordo com Hawkey e Williams (2007) a presença constante do enfermeiro junto do doente favorece o estabelecimento de relações positivas e promotoras da autonomia do mesmo, sendo a sexualidade um aspeto fundamental a ter em atenção no cuidar em enfermagem, em particular pela enfermagem de reabilitação (Greco [et al.], 2000).

Na subcategoria Pares através dos discursos de três participantes averiguamos que a partilha de informação sobre a sexualidade ocorre mais entre pares (lesionados) pela proximidade e pelo à vontade que sentem entre iguais, como verificamos nas narrativas:

E₅: Nós falávamos uns com os outros.

E₆: O bom que tem ir a Z é que somos todos iguais (...) onde eu estava e ali a gente também troca experiências, fala com um, fala com outro (...) falávamos e não tínhamos problemas em falar e assim ajudávamos uns aos outros também.

E₇: Lá está, isso são coisas que se falam mais entre doentes, entre nós e isso. (...) falar com outra pessoa da mesma coisa e tudo também ajuda.

Nesta subcategoria Outros, constata-se da análise dos discursos de dois entrevistados que estes são proactivos na busca de informação acerca da sexualidade após a LVM, mostrando determinação na manutenção da sua função sexual apesar das limitações orgânicas.

Um dos participantes referiu ter recorrido a livros sobre a temática da sexualidade:

E₁: Já havia livros disto tudo na altura e eu comprei muita coisa disso.

Ao passo que outro mencionou ter optado pela internet, pelo debate com os pais, e até mesmo pela visita a feiras eróticas para obter informação sobre esta área de vida.

E₆: Há muitos que se calhar não falam assim com os pais. Eu também não falava assim, agora falo mais, mas também não é que fale muito, mas às vezes se aparecer alguma coisa falo e não tenho problemas. (...) no computador vou ver blogues e vou e aí também se tiram as dúvidas. Foram as pesquisas na internet. (...) vamos sempre a Exponor à feira erótica, vamos sempre ver lá as coisas, o que há.

Em síntese, cinco dos oito entrevistados não receberam nenhum tipo de informação aquando da permanência no hospital. Importa consultar novamente o Quadro 4 – Caracterização dos participantes; e efetuar um paralelismo, ou seja, dois destes cinco participantes estiveram internados num Hospital Geral ou Distrital ou Central, os restantes apesar de parte do internamento ter ocorrido num Centro de Reabilitação também não tiveram qualquer tipo de informação. Os entrevistados que tiveram acesso a informação por parte da equipa de enfermagem e/ou médica a LVM ocorreu há menos de dez anos. Importa sublinhar a proatividade dos entrevistados na procura de informação sobre a sexualidade.

5.5. Estratégias de adaptação do lesionado medular na sexualidade

A quarta área temática permite conhecer as estratégias de adaptação privilegiadas pelos portadores de LVM entrevistados acerca da sexualidade. Da análise de conteúdos dos discursos proferidos pelos participantes brotaram duas categorias: **Imagem corporal positiva** e **Obter e dar prazer**, com subcategorias de análise, conforme a Tabela Síntese 4.

Tabela Síntese 4 - Estratégias do lesionado medular na vivência da sexualidade

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Imagem corporal positiva	Autonomia				X	X	X	X	X
	Estratégias de conquista	X			X				
	Autocontrole na vivência da sexualidade	X			X		X	X	X
Obter e dar prazer	Cuidados com a parceira	X	X		X		X		
	Exploração	X			X		X	X	
	Diálogo				X		X		
	Planificação			X					

Da categoria *Imagem corporal positiva* surdiram três subcategorias: *Autonomia*, *Estratégias de conquista* e *Autocontrole na vivência da sexualidade*.

No que concerne à primeira subcategoria *Autonomia*, cinco dos entrevistados concordam quanto à necessidade de serem eles próprios a lutar por alcançar mais autonomia e maior bem-estar apesar de estarem conscientes das limitações associadas à LVM. Um dos participantes admite que estabelecer objetivos e valorizar as pequenas conquistas alcançadas nesta trajetória é fundamental para conseguir obter sucesso perante este desafio a si próprios.

E4: Vou tentar melhorar o que puder o que não puder paciência, vamos para a frente, é para a frente que se vai, é assim mesmo.

E5: É assim o que tem que ser é levar a vida como ela é, dentro daquilo que a gente pode, uma pessoa tem que se dar o jeito.

E6: (...) cada conquista que a gente vá conquistando aos bocadinhos é uma boa conquista. (...) Tentar ganhar mais autonomia, isso era o ideal. (...) Claro que a gente sabe que tem sempre as limitações, tenta estabelecer alguns objetivos.

E7: (...) a gente tem é que tentar ser melhor, ser mais independente.

E8: (...) gosto de ir aqui ou ali e contar comigo próprio.

Relativamente a este aspeto, conforme defendido por Cardoso (2000) a readaptação funcional do portador de LVM implica consequências psicológicas que obrigam a uma mudança e adaptação nos vários papéis e atividade (Oliveira, 2004). Esta mudança é condicionada por diferentes fatores, designadamente a personalidade, os valores e princípios de cada indivíduo. É durante este período de empoderamento que as pessoas após LVM validam novos significados para as suas vivências e desenvolvem estratégias de *coping* para melhor lidar com os constrangimentos de vida agora existentes (Ducharme [et al.], 1992). Além disso, Duchene (2011) conclui afirmando que perante a LVM, possuir independência no

autocuidado e papéis sociais ativos promove a autoestima e o autoconceito positivo, tal como se torna perceptível através das narrativas dos participantes neste estudo.

No que se refere à segunda subcategoria Estratégias de conquista apenas dois dos entrevistados indicaram como estratégias de reforço da sua imagem corporal positiva atitudes de conquista que se têm revelado eficazes. Um dos entrevistados refere que surpreender a parceira diariamente com o intuito de quebrar o desgaste das relações:

E₄: Surpreender, conseguir surpreender todos os dias.

E o outro frisa a atitude dissimulada procurando obter uma resposta mais comprometida da parceira antes da revelação:

E₁: (...) dizia que me doía muito uma perna, que tinha estado a jogar futebol e me aleijei.

Segundo Cardoso (2000) o recurso da atitude dissimulada no processo de conquista justifica-se pelo medo em desiludir a parceria ou de ser abandonado pela mesma. Esta postura deriva ainda do machismo interiorizado que implica uma imagem de homem viril e saudável (Lobo [et al.], 2010).

Na última subcategoria Autoconfiança na vivência da sexualidade, cinco dos participantes mencionaram como elementos que reforçam a sua autoconfiança na vivência da sexualidade os seguintes:

- a. Persuadir a parceira:

E₁: (...) se um homem souber dar a volta a essa outra pessoa. Há outras formas de conquistar uma mulher.

- b. Aceitar que o prazer não está circunscrito aos genitais, sendo este aspeto percecionado como uma vantagem perante o homem sem LVM

E₄: O homem dito normal tem o prazer circunscrito a uma certa zona, mas não é por aí, eu também pensava que era assim, mas não. É muito mais do que isso. (...) Se calhar eu vivo a sexualidade de uma maneira que se calhar uma pessoa dita normal nunca vai lá chegar.

- c. Estar consciente que a vivência satisfatória da sexualidade pelo portador de LVM depende da sua capacidade de adaptação à nova condição de vida.

E₆: (...) homens normais, todas estiveram, mas com homens de cadeira de rodas não, e às vezes, se calhar ainda dão mais prazer às mulheres do que outros.

E7: (...) há pessoas em cadeira de rodas que não podem ter filhos, mas há pessoas, se calhar normais que não os podem ter (...) às vezes estamos com o pensamento noutra coisa ou isso, pode falhar, mas tanto pode falhar o paraplégico como pode falhar uma pessoa normal, eu não vou dizer eu falho, porquê? Hei, porque sou paraplégico.

E8: Todos nós temos que nos adaptar, quer neste caso a esposa quer o marido ou vice-versa.

Da categoria **Obter e dar prazer** emergiram quatro subcategorias: Cuidados com a parceira, Exploração, Diálogo e Planificação.

Cuidados com a parceira é a primeira subcategoria. Temos quatro dos entrevistados que concordam relativamente à importância de sentirem que conseguem dar prazer à companheira como elemento reforçador da relação.

E1: (...) a mulher fica satisfeita, e isso para mim é o importante. Não é eu dar uma de machão, mas para mim é o mais importante.

E2: (...) acaba por nós que precisamos de ajuda ela tentar perceber o que é que queremos, não é o pedir, às vezes é no fundo o ajudar, a que no fundo também ela tenha prazer.

E4: É o corpo, todo, dos pés à cabeça e o que está lá dentro (...) é o dar a conhecer o meu corpo e aquilo que eu sinto, como eu vivo a sexualidade, mas também conhecer o corpo dela. Existem dois corpos (...) partilhar o corpo ela comigo e eu com ela, é isso.

E6: (...) a mulher tendo orgasmo, acho que tanto um como o outro, apesar de ser diferente, acho que os dois saem satisfeitos. (...) não é aquele sexo rápido, inclui mais coisas, mais conversa, mais toque, mais isto, e acho que se calhar é mais completo, e aí as mulheres depois podem apreciar mais.

Neste sentido, importa recordar Lobo [et al.] (2010) que sublinham que é essencial para a maioria de homens com LVM se sentirem satisfeitos com a vivência da sua sexualidade perceberem que a companheira obtém satisfação sexual, mostrando-se sexualmente atraída, tal como mencionado pelos participantes neste estudo.

A subcategoria Exploração está referenciada por três dos entrevistados anteriormente indicados e um outro, consideram como vital para a perceção de vivência positiva da sexualidade a descoberta das suas potencialidades conservadas neste campo.

E1: Eu queria ver se excitava a pessoa percebe? Fazíamos umas brincadeiras.

E₄: Há outras maneiras de conseguirmos fazer coisas espetaculares, que me dá mais prazer a mim.

E₆: (...) eu já não consigo fazer as mesmas coisas que fazia não é, mas tento sempre dar, fazer o que consigo, a gente vai buscar sempre um bocadinho de imaginação para fazer outras coisas, é o que se pode fazer. Tentar buscar novas posições, qualquer coisa assim.

E₇: Aprendendo, tentando, como se fosse a primeira vez. Vai-se à descoberta, pronto, e tenta-se.

Lobo [et al.] (2010) corroboram as perceções dos entrevistados ao defenderem que apesar das múltiplas limitações, diversas situações do ciclo de resposta sexual são mantidas e contribuem para o aumento da autoconfiança na vivência da sua sexualidade.

Dois dos participantes referem o Diálogo e salientam a importância da comunicação assertiva e estimulante entre parceiros como condição basilar ao nível da vivência satisfatória da sua sexualidade.

E₄: (...) é uma questão de falar, eu sempre gostei de falar. (...) Era eu que lhe tinha que explicar a ela, era eu que lhe tinha de fazer ver a ela que isto é normal e ela fazer-me ver a mim, tem calma, isso é normal, vai acontecer (...) as minhas parceiras não tem que estar limitadas porque eu estou limitado.

E₆: (...) antes eu também explico um bocado a minha situação. (...) pus logo tudo em pratos limpos: olha não sei como é que isto funciona ao certo, dá dá, não dá, não dá, olha não sei. Sei que funciona agora como é que vai acabar, se vai durar ou não olha não sei. (...) Eu agora utilizo mais a parte do falar.

Ducharme [et al.] (1992) sublinha que um acréscimo da comunicação e da vontade de experimentar o romance e a intimidade são componentes valorizados pelos portadores de LVM bem-sucedidos na vivência da sua sexualidade.

Apenas um entrevistado considera que a Planificação após a LVM é necessária para efetivar a atividade sexual, para que lhe seja possível beneficiar dos efeitos dos fármacos.

E₃: (...) penso em fazer amanhã e tal, prontos, tomo dois [medicação].

Em síntese, são diversas as estratégias utilizadas pelos portadores de LVM ao nível da vivência da sexualidade, perfazendo um total de sete e sendo três a média dos entrevistados que as enumeram. Apenas *E₂*, *E₃* e *E₅* utilizam uma estratégia de adaptação (não coincidentes). Todavia destacamos o *E₁*, *E₄* e *E₆* que detêm diversas estratégias para vivenciarem

satisfatoriamente a sua sexualidade. Constatamos a pluralidade de formas/necessidades que cada indivíduo precisa.

5.6. Recursos utilizados na vivência da sexualidade

Nesta área temática pretende-se explorar o conhecimento e opinião dos participantes sobre os recursos utilizados como auxiliares na vivência da sexualidade perante uma LVM. A análise de conteúdo das narrativas identificou duas categorias: *Terapêutica farmacológica e/ou cirúrgica* e *Percepção sobre os recursos*, como visualizamos na Tabela Síntese 5.

Tabela Síntese 5 - Recursos utilizados pelos lesionados medulares ao nível da sexualidade

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Terapêutica farmacológica e/ou cirúrgica	Medicação via sistêmica	X	X	X	X		X	X	
	Medicação via tópica	X			X		X		
	Bomba de vácuo	X			X				
	Implante				X				
	Desconhece					X			
Percepção sobre os recursos	Experiência	X	X	X	X	X	X	X	
	Custo	X			X				

Na categoria *Terapêutica farmacológica e/ou cirúrgica* emergiram as seguintes subcategorias: *Medicação via sistêmica*, *Medicação via tópica*, *Bomba de vácuo*, *Implante* e *Desconhece*.

Seis dos oito participantes afirmam conhecer *Medicação via sistêmica*, estimulantes da função sexual. Dois dos seis participantes reconhecem, mas não utilizam, em contrapartida quatro referiram ter tomado Levrita®, Cialis® ou Viagra® (nomes comerciais).

E1: Eu muitas vezes usei Levrita®.

E2: Relativamente à sexualidade eles davam Cialis®.

E3: Só me falou no Cialis®.

E4: (...) tinha que tomar o Cialis® 5 mg todos os dias. (...) Depois usei o Viagra®.

E6: (...) sei que há comprimidos (...) Sei o Viagra® que é o mais conhecido, de resto não, nunca me informei porque não preciso.

E7: (...) depois há, isso dos comprimidos e essa coisa toda. (...) O Viagra®.

Três dos entrevistados (já indicados na subcategoria anterior) referem conhecer igualmente Medicação via tópica, para auxiliar no desempenho sexual.

E₁: Falavam (...) em injeções que se podiam dar, pois há muita coisa.

E₄: (...) passamos para o ... o injetável.

E₆: (...) sei que há injeções também.

Dois participantes (dos três anteriormente referidos) revelaram que também lhe foi apresentada como recurso terapêutico ao nível da função sexual a Bomba de vácuo.

E₁: Falavam nas bombas de vácuo.

E₄: Os anéis e as bombas de vácuo, nunca experimentei.

Por último, apenas um dos entrevistados mencionou que lhe foi dada a possibilidade de utilizar como recurso o Implante.

E₄: (...) possibilidade de pôr uma prótese peniana, que agora as novas que são insufláveis, têm um sistema que dispara. É a mais usada, depois à rígida, semirrígida, insuflável.

E para finalizar esta categoria, a subcategoria Desconhece, onde somente um entrevistado admitiu nunca lhe ter sido dada a oportunidade de conhecer e explorar quaisquer dos recursos terapêuticos.

E₅: (...) da medicação nunca me falaram disso. (...) nunca me disseram nada, há injeções ou isto ou aquilo, nunca me disseram nada.

Entre os autores citados no enquadramento teórico, designadamente: Duchene, 2011; Garret, Martins e Teixeira, 2009a; Garret e Teixeira, 2007; Borrelli, 2007; concordam quanto à necessidade das pessoas portadoras de LVM receberem informações acerca dos meios terapêuticos existentes, para que as limitações sentidas a nível da função sexual possam ser minoradas, tendo por base o tipo e o nível de lesão. Contudo, através das narrativas dos participantes constata-se que nem todos eles estão devidamente informados acerca destes recursos, situação que nos conduz à seguinte questão: Sendo comprovadamente a sexualidade um aspeto central da qualidade de vida dos portadores de LVM, quais as razões pelas quais atualmente ainda existem lesionados medulares pouco ou nada esclarecidos acerca desta temática e dos meios disponíveis para que possam alcançar o maior sucesso possível no seu processo de reabilitação, desde o momento da lesão e ao longo do ciclo de vida?

No que concerne à categoria ***Percepção sobre os recursos***, esta contempla duas subcategorias: *Experiência* e *Custo*.

Praticamente a totalidade dos entrevistados (com a exceção de um) se pronunciaram acerca da *Experiência* na utilização dos recursos terapêuticos na área da sexualidade. Cinco dos participantes referem ter experimentado. Desses, três consideram-se satisfeitos com os efeitos da medicação por via sistêmica, uma quarta pessoa mencionou que este tipo de medicação não era ajustada para a lesão que possuía e o recurso ao implante apesar de ter sido discutido com o médico foi recusado, tendo conseguido efeitos mais positivos (ao nível da função genital, bem como do relacionamento com a parceira) através do recurso à medicação por via tópica.

E₁: Na prática, a nossa situação é outra. (...) fui testando para ver (...) há muita coisa. (...) testei e funcionou [Levrita®].

E₂: (...) a medicação para durante o fim-de-semana, só davam um comprimido [Cialis®] para experimentar. (...) davam sempre a mesma dose. Acabava por ser um bocado limitador.

E₃: (...) se for de 5mg toma dois juntos, se for de 10 mg toma um e durante 3 dias não pode tomar mais nenhum. Vi que resultava e tomava um por dia [Cialis®].

E₄: (...) usei o Viagra®, mas isto para mim não serve. (...) o injetável é mais complicado mas torna-se mais envolvente porque alicio a minha parceira a fazê-lo. Ou seja, cria-se ali uma intimidade que se calhar não acontecia se eu tomasse o comprimido, por exemplo. Tenho que lhe explicar, ela toda preocupada no início recusava ter relações por medo de expor a situação, eu ensinava, olha faz assim, tens de te pôr de lado, tens de te pôr na vertical, mas para elas era complicado no início, depois pronto, tornava-se mais ou menos natural, mais ou menos, porque nunca era. (...) possibilidade de pôr uma prótese peniana (...) Veio-me propor a semirrígida e eu oh Dr. esqueça, eu não sou daqueles bonequinhos que puxa o fio e..., mas é mesmo, porque depois não havia envolvimento, o tentar, o conseguir, não tinha valor nenhum, olha já está. No princípio fui testar para pôr essa, mas depois não quis, havia riscos que eu não quis assumir, porque podia haver uma rejeição ou uma infeção e depois aquilo não volta para trás. E eu, deixa estar quietinho que funciona mais ou menos, é melhor do que não ter nada.

A quinta pessoa referiu ter experimentado somente uma vez porque não sentiu que o efeito conseguido pelo fármaco era o desejado.

E₇: Nunca precisei (...) Não me considero melhor nem pior do que ninguém, se tiver que usar algum medicamento, se não tiver que usar não uso (...) se calhar é da pessoa se acomodar, não é, porque experimentei uma vez e achei, como é que eu hei

de explicar (...) acho que era um bocado psicológico (...) era uma coisa de não fazer esforço. A gente chega ali na relação, aquilo já está, está feito. Não é preciso a gente acariciar-se para sentir o corpo da outra pessoa e isso não há, não há isso.

Por último, dois dos participantes referiram que não experimentaram, por não necessitarem.

E₅: (...) nunca experimentei (...) Eu quero viver a vida não me quero meter nessas coisas, não, sei lá pode-me dar qualquer coisa, às vezes, não sei.

E₆: (...) de resto não, nunca me informei porque não preciso.

Neste contexto importa recordar Garret, Martins e Teixeira (2009a) que reforçam a importância da adequação dos meios disponíveis à situação clínica de cada indivíduo para que barreiras de natureza física e psíquica possam ser ultrapassadas, conduzindo a uma melhor qualidade de vida das pessoas portadoras de LVM e a um equilíbrio pessoal e familiar. Mais acrescenta Duchene (2011) que atualmente a atividade sexual é uma preocupação para os EEER. Por sua vez Cardoso (2003) considera que a reeducação sexual deve ter início no contexto hospitalar e prolongar-se na comunidade, sendo exigido aos profissionais de saúde perseverança no combate ao estigma e no reconhecimento da sexualidade como um aspeto fulcral da vida humana, independentemente da existência ou não de LVM. Estas ideias são corroboradas pela maioria dos participantes neste estudo. Todavia, alguns, por não terem usufruído de uma abordagem à temática da sexualidade nem no seu processo de reabilitação e nem posteriormente nas consultas, estão em desvantagem e funcionam como “voz ativa” para todos os portadores de LVM que estão em situação semelhante e que merecem toda a nossa atenção na qualidade de profissionais de saúde especializados em reabilitação a exercer funções em Portugal.

Somente dois participantes mencionaram como desvantagem associada à terapêutica farmacológica os Custos elevados na sua aquisição, face aos rendimentos auferidos, sendo esta considerada uma necessidade básica para o portador de LVM.

E₁: Levrita® custa-me caro. É uma coisa tipo Viagra®, tem é um defeito, é muito caro.

E₄: (...) tinha que tomar o Cialis®, 5 mg todos os dias. (...) é muito caro. É uma necessidade básica, as pessoas não têm noção disso.

Importa sublinhar este aspeto salientado pelos entrevistados. Os profissionais de saúde também têm o dever de zelar pelos direitos dos doentes, chamando a atenção do poder

político para a existência de barreiras económicas e comerciais que prejudicam indubitavelmente a qualidade de vida das pessoas portadoras de LVM e da sua família.

Em síntese, apenas um dos entrevistados desconhecia a existência de terapêutica farmacológica/cirúrgica para a vivência satisfatória da sexualidade após a LVM. Igualmente, apenas um dos entrevistados não têm (por não precisar) percepção sobre os recursos.

5.7. Intervenção do enfermeiro de reabilitação na vivência da sexualidade

Esta última temática facilita um conhecimento mais aprofundado acerca da intervenção do enfermeiro de reabilitação na vivência da sexualidade pelo portador de LVM. A análise de conteúdo dos discursos dos participantes tornou evidentes duas categorias: *Contato com o EEER* e *Contributos de intervenção do EEER*, conforme Tabela Síntese 6.

Tabela Síntese 6 - Intervenção do enfermeiro de reabilitação na sexualidade do lesionado medular

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Contato com o EEER	Ocorreu		X					X	
	Relação estabelecida		X	X	X	X		X	X
	Não identifica/não ocorreu	X			X	X	X		X
Contributos de intervenção do EEER	Esvaziamentos		X				X	X	
	Sonda vesical		X						X
	Abordagem da sexualidade		X		X		X		

Da análise da categoria *Contato com o EEER*, surgiram as seguintes subcategorias: *Ocorreu*, *Relação estabelecida* e *Não identifica/não ocorreu*.

Apenas dois dos participantes reconhecem que *Ocorreu* contato com o EEER.

E₂: Tive. Inicialmente eles apresentavam-se. (...) E por vezes, havia o acompanhamento de enfermeiros de reabilitação.

Todavia importa ter em consideração que um destes entrevistados pressupõe que tenha sido um EEER, não tendo certeza sobre este facto.

E₇: (...) em X há vários tipos de enfermeiros, nós tínhamos a enfermeira de AVD (...). Acho que essa parte já é parte do enfermeiro de reabilitação.

Seis dos entrevistados concordam relativamente ao tipo de *Relação estabelecida* com a equipa de enfermagem, no período de reabilitação em contexto hospitalar. Esta é considerada positiva e de proximidade, privilegiando uma vertente humanizante, amistosa, familiar, atenta

às necessidades dos doentes e empenhada no processo de reabilitação em detrimento de uma postura mais formal e técnica.

E₂: (...) o enfermeiro estava lá constantemente, todos os dias. Acabava por ter sempre o enfermeiro, acompanhava-me sempre no dia-a-dia, embora ele trabalhasse por turnos, acabávamos por ter uma relação. (...) O enfermeiro tem sempre uma abordagem muito, muito humana. O enfermeiro é muito mais uma pessoa que presta os serviços que presta, no fundo, acabava por ser ali um amigo. (...) é mais amigo, mais, não tão técnico, mas mais amigo (...) fazes assim, depois tens de ter cuidado, olha não te esqueças disto, acaba por ser uma pessoa amiga que está ali a falar contigo.

E₃: (...) Eu falava para os enfermeiros e para os doutores como se fossem pessoas da família, nunca tive problemas e nunca me escondia de nada, o que tivesse a dizer dizia.

E₄: (...) é ele que passa a maior parte do tempo com o doente, conhecendo-o como nenhum outro membro da equipa multidisciplinar que o acompanha, reconhecendo as suas necessidades e ajudando-o no ultrapassar de obstáculos que vão surgindo ao longo do processo de aprendizagem do funcionamento de um corpo novo e desconhecido que agora possui. (...) Mas aquilo é preparar mais a pessoa para a realidade.

E₅: (...) enfermeiras davam-me bem. (...) dava-me muito bem com elas porque eu é que preciso deles.

E₇: (...) eles vão lá e explicam, vêm o que a gente sabe e após isso vão-nos explicando se a gente está a fazer bem ou se não está (...) Estou a falar para uma pessoa que é técnico sobre aquilo. (...) a gente aprende, vai adquirindo o à vontade para falar com enfermeiras e tudo.

E₈: (...) tive pessoal de enfermagem de uma dedicação extrema.

As perceções dos participantes elucidam sobre a importância do contributo da enfermagem de reabilitação, independentemente de terem ou não informação sobre o grau de especialização dos profissionais que compõem estas equipas. Tal como se pode constatar através de Smeltzer [et al.] (2011) que sublinham que a reabilitação é parte integrante da enfermagem, do mesmo modo que ao estar próximo do doente, têm a possibilidade de estabelecer uma relação mais consistente atentando às suas necessidades e promovendo a autonomia do mesmo (Hawkey e Williams, 2007).

Cinco dos participantes na subcategoria Não identifica/não ocorreu não reconhecem ter contactado com EEER, inclusive alguns afirmam que nas equipas não existia nenhum enfermeiro com a referida especialidade.

E₁: Desses, eu não tive nenhum.

E₄: Não, não havia.

E₅: Não havia especialidade nenhuma ali, não, não havia. Tinha lá só uma enfermeira muito boa.

E₆: Eles podiam falar, mas agora se havia algum específico acho que não. Todos falavam, uns de umas coisas outros de outras, mas de resto acho que não.

E₈: (...) deram-me algumas indicações [enfermeiro], agora já não me recordo quais precisamente.

Após análise da caracterização dos participantes, podemos inferir que quatro dos cinco entrevistados, não identifica contacto com o EEER porque a LVM ocorreu há pelo menos 25 anos e a carreira de enfermagem estava estruturada de outra forma. Todavia importa frisar que particularmente no **E₆** a LVM ocorreu há cerca de seis anos e também não identifica o EEER.

Na categoria ***Contributos de intervenção do EEER***, emergiram as seguintes subcategorias: Esvaziamentos, Sonda vesical e Abordagem da sexualidade.

Através da análise dos discursos de três dos entrevistados, tornou-se evidente que para estes foram essenciais os ensinamentos da equipa de enfermagem no tocante aos Esvaziamentos, e ao contributo para uma maior sensação de autocontrolo e de qualidade de vida do portador de LVM, conforme se pode observar através das narrativas que se seguem:

E₂: Antes do ato sexual fazer o esvaziamento. Na altura ele [enfermeiro] falou-me que há uma maior irrigação de sangue nessa parte e poderia afetar tanto ao nível da contração de bexiga como talvez perdas que poderia ter de urina. E após meia hora voltar a fazer outra vez.

E₆: (...) esvaziamento é que é mais complicado um bocadinho (...) mas dizem eles que é melhor assim porque a bexiga está sempre educada a encher, esvaziar.

E₇: (...) [esvaziamentos] de quatro em quatro horas (...) eles dizem que é melhor e para mim foi o melhor método que houve, não é, em termos de bexiga. Em termos de infeções e tudo. E de independência também.

Neste âmbito, Magalhães [et al.] (2013) e a Ordem dos Enfermeiros (2009), reforçam que a disfunção vesico-esfíncteriana restringe a obtenção de prazer. Além disso, a incontinência urinária é dos aspetos mais valorizados pela pessoa com LVM (Rodrigues, Oliveira e

Almeida, 2008) pelo que, tal como defendido pelos participantes e corroborado por Greve (2007), Hoeman (2000) e Ducharme (1992) o treino vesical adequado às alterações provocadas pela LVM (em função do tipo e nível da mesma) é de extrema importância.

Paralelamente aos ensinamentos relativos ao esvaziamento, dois participantes realçam a preocupação da equipa de enfermagem informar acerca dos procedimentos e cuidados a adotar na utilização da *Sonda vesical*.

E₂: Havia uma preocupação muito grande em explicar a situação do uso da algália (...) E quais os sintomas de possíveis infeções. O facto de nós termos que beber bastante água.

E₈: (...) então comecei a usar a algália, por uma questão de ser mais fácil, mais prático, pronto, tipo eu é que faço isso tudo, quer ponho a algália quer a substituo (...) ensinaram-me a fazer isso e eu fui, ao longo dos anos, fui adquirindo experiência.

Conforme corroborado pela orientação da Ordem dos Enfermeiros (2009) é através da reeducação vesical e intestinal que se prepara e inicia indiretamente a reeducação sexual.

A enfermagem de reabilitação orienta-se por uma linguagem e práticas comuns na prestação de cuidados à pessoa, em particular no que respeita ao portador de LVM, permite a cada profissional em função do à vontade e preparação técnico-científica que detém decidir qual o contributo que dará (Lopes, 2011).

Relativamente à subcategoria *Abordagem da sexualidade* dois dos participantes sublinharam o contributo da equipa de enfermagem para uma clarificação acerca da temática após a LVM (esclarecimentos relativos à medicação, o incentivo à experimentação sexual), como podemos inferir dos seguintes discursos:

E₂: (...) falamos sobre muitas coisas e havia uma parte que ele próprio focava, mesmo na medicação quando eles davam a medicação para levar de fim-de-semana, mandavam sempre o Cialis® e explicavam olhe isto é para tomar, para experimentar.

E₆: Eles explicar, não é que expliquem diretamente.

Em contrapartida, um dos entrevistados frisa que a equipa de enfermagem, pela exigência das funções que desempenha dificilmente dispõe de tempo suficiente para fazer uma abordagem da temática, que exige preparação e disponibilidade para o fazer, quer para o profissional de saúde quer para a pessoa portadora de LVM.

E4: Tive contacto com o enfermeiro de reabilitação, não tive foi nesse aspeto (...) não tem tempo para prestar cuidados como têm tempo para falar com as pessoas? (...) enfermeiro não tem tempo para isso. (...) não terem tempo, não terem à vontade, nós também não termos à vontade, tudo junto. (...) Se calhar na prestação de cuidados nunca acontecia, porque eu estou exposto. E estou a ver uma pessoa que está a prestar cuidados e ia sentir-me retraído.

Conforme mencionado por Roper, Logan e Tierney (1995) a sexualidade é considerada uma das doze atividades de vida da pessoa, independentemente do estadió da vida, logo importa dar resposta às necessidades e contribuir para uma maior independência. Contudo, Magalhães [et al.] (2013) consideram que atualmente a saúde sexual da pessoa com LVM continua a ser das áreas menos abordadas durante o processo de reabilitação, que implica o empenho do EEER e de toda a equipa multidisciplinar, quer no esclarecimento e na valorização da preocupação do lesionado com o seu desempenho sexual (Garret, Martins e Teixeira, 2009a), como na sensibilização e orientação à companheira e família do mesmo (Fonseca e Moraes, 2001).

Em síntese, consideramos que a análise dos dados fez emergir reflexões importantes e também novas questões que acentuam a necessidade de ponderar sobre estratégias de incentivo à aplicação efetiva das orientações existentes no âmbito da sexualidade após a LVM durante o processo de reabilitação, a ter início no contexto hospitalar na primeira fase de adaptação à nova condição pelo lesionado e seus familiares e prolongar-se durante o acompanhamento extra-hospitalar em prol da sua qualidade de vida e do seu bem-estar. Embora os profissionais de saúde devam conscientemente impedir que o seu quadro de referências pessoais interfira negativamente no desempenho das suas funções de cuidado e orientação, atuando em oportunidade, de acordo com a sua sensibilidade e experiência. Consideramos que dar voz ativa à pessoa portadora de LVM é a forma mais adequada de questionar os sistemas de crenças ainda dominantes na nossa sociedade acerca da sexualidade no portador de deficiência, e contribuir para a transformação das consciências individuais e coletivas em Portugal.

CONCLUSÕES

Cuidar de pessoas que sofrem uma LVM, em particular jovens adultos, determina inúmeros desafios às equipas multidisciplinares que os acompanham, em particular ao EEER. Estas são assoladoras, quer para o indivíduo como para o meio envolvente e provocam um forte reajuste à nova condição de vida, limitando a sua capacidade sexual. A reabilitação na área da sexualidade é fulcral por contribuir na melhoria do bem-estar bio-psico-social destes indivíduos.

A presente investigação teve por base a problemática da sexualidade no portador de LVM como parte integrante da abordagem da enfermagem de reabilitação. Deste modo, a opção metodológica pela abordagem qualitativa, com carácter exploratório-descritiva, afigurou-se a mais adequada, porque a essência deste estudo consistia em salientar os aspetos holísticos da experiência humana da sexualidade após a LVM. Posto isto, procurámos analisar alguns dos pontos de interseção entre o espectro social e o de saúde, através da análise dos discursos de homens com LVM relativamente à vivência da sua sexualidade no antes e no após lesão, bem como em relação à orientação do EEER nesta área de vida.

Face ao percurso da investigação, emergiram algumas *conclusões* que serão descritas e que evidenciam âmbitos frágeis de abordagem nas práticas dos cuidados, em particular da EEER. Deste modo, verificamos que o discurso social enfatiza os constrangimentos sentidos pelos portadores de LVM na vivência satisfatória e, adaptada à nova condição física, da sexualidade, os quais derivam em primeiro lugar da dificuldade sentida pelos lesionados, pelos profissionais de saúde e pela sociedade no geral na abordagem desta temática, por esta estar envolta por inúmeras crenças e mitos. Em segundo lugar, porque apesar da literatura e das orientações salientarem a importância da abordagem das questões ligadas à sexualidade para o processo de reabilitação efetivo do portador de LVM (quer ao nível da informação prestada pela equipa de saúde, quer do facultar de esclarecimentos e de recursos facilitadores da obtenção de maior satisfação sexual e, ainda da promoção da aceitação da nova imagem corporal e das alterações nos papéis sociais) os profissionais de saúde no geral e, os EEER em particular demonstram estar pouco sensibilizados e não dispor de um treino focalizado neste âmbito que lhes dê segurança na intervenção a realizar.

Percebemos que as perceções de alguns dos nossos participantes sobre os aspetos da sexualidade considerados importantes previamente e posteriormente à LVM espelham uma

dimensão física e outra relacional, sendo que esta última é mais valorizada no após lesão (exemplos: cumplicidade, confiança, preliminares, intimidade, gostar, conversar, carinhos).

Paralelamente, consideram como principais dificuldades na expressão da sexualidade, o facto das outras pessoas (próximas e não próximas) desconsiderarem esta necessidade no portador de LVM fazendo sentir como “ser à parte”, sem direito a usufruírem do prazer sexual com privacidade, pois dependem de terceiros para a satisfação das necessidades humanas básicas, porque a cadeira de rodas é “um prolongamento” de si próprios, e ainda porque as sensações, a resposta genital, a capacidade de controlo do corpo são diferentes devido às alterações e complicações decorrentes da LVM. Além disso, sublinham que outro aspeto limitador prende-se com a alteração ocorrida ao nível dos papéis sociais, mais concretamente através da rejeição, do divórcio, da redução das expectativas de procriação e das dinâmicas do relacionamento afetivo.

No que concerne às necessidades de informação do LVM sobre a sexualidade, a maioria dos participantes mostra alguma revolta pela inexistência de transmissão, considerando que se tal tivesse acontecido através dos profissionais de saúde numa fase inicial do processo de reabilitação (durante o internamento), possivelmente sentiriam maior satisfação com a vida e maior motivação para a adaptação à nova condição. Em contrapartida, as perceções de outros participantes evidenciam que médicos, enfermeiros, pares e outros (exemplos: livros, internet) contribuíram para o esclarecimento de dúvidas e obtenção de informação essencial neste âmbito.

Os entrevistados salientaram como estratégias de adaptação à vivência da sexualidade utilizadas no após lesão, a perceção de aumento progressivo da autonomia e de autoconfiança na vivência da sexualidade conjugadas com a utilização de estratégias de conquista (que passavam pela ocultação inicial da lesão) e de obter e de dar prazer (exemplos: cuidados com a parceira, diálogo, o planificar previamente o ato sexual e a descoberta do “novo” corpo pelo próprio e pela parceira).

A maioria dos participantes conhece e recorre à terapêutica farmacológica de administração por via sistémica como recurso na vivência da sexualidade, apesar de considerarem que a sua aquisição tem custos elevados, muitas vezes, difíceis de suportar. Poucos são os que conhecem ou utilizaram medicação via tópica, bomba de vácuo ou implante.

No tocante à intervenção do EEER, constatámos que apenas uma minoria dos participantes teve contacto com o EEER, e porque se apresentou como tal. Assim, seria benéfico conjugar

as competências específicas do EEER com a identificação do profissional permitindo à pessoa a quem presta cuidados o reconhecer da particularidade da função de cada elemento da equipa multidisciplinar que o acompanha, em particular da enfermagem. De uma forma geral, as percepções são positivas relativamente à relação estabelecida com o Enfermeiro (proximidade, contacto permanente, disponibilidade para o doente). Através do contacto com este profissional, consideram que adquiriram conhecimentos, aprendizagem e competências (esvaziamentos, sonda vesical e abordagem da sexualidade) essenciais para uma maior busca de autonomia e independência, fundamentais para o incremento da satisfação com a vida e adaptação à nossa condição de vida. Contudo, importa referir que apenas três participantes admitem que a abordagem da sexualidade aconteceu efetivamente, embora considerem que o EEER não dispõe de tempo suficiente para o fazer com o pormenor que seria desejável e necessário. Logo, torna-se perceptível que as necessidades sexuais dos portadores de LVM, muitas vezes, não procedem apenas das sequelas da lesão, mas dependem do facto dos profissionais de saúde não ponderarem a inexistência de parceira, a incapacidade de obter padrões sexuais tradicionais, inexperiência sexual prévia à LVM e a percepção de si próprio como assexuado.

Com este estudo, aspirámos unicamente espelhar as dificuldades sentidas pelos lesionados vertebro medulares na vivência da sua sexualidade e as interferências do EEER nesse processo. Tal como contribuir para uma reflexão alargada sobre as realidades propostas pelos portadores de LVM, sem intenção sequer de descobrir ou introduzir "novas verdades" sobre esta realidade.

Destas conclusões emerge a questão: *“Será que a mudança de atitude não passa pela maior consciencialização do EEER, de que a sexualidade dos portadores de LVM é para estes tão essencial como as outras necessidades humanas básicas, mas “despida de preconceito”?”*

Estamos conscientes das **limitações** que o presente trabalho de investigação apresenta, pelo que passamos a enunciá-las:

- Número de participantes que constitui a nossa amostra (falta da homogeneidade da amostra relativamente às variáveis tipo de lesão; tempo de lesão; iniciação da atividade sexual antes e após a lesão podem ter interferido com os resultados);
- A temática da investigação é complexa e muito abrangente, pelo que o trabalho de recolha de dados foi a etapa mais desafiante e a análise dos dados a mais morosa. Estes aspetos estão intimamente interligados com a temática ser ainda considerada tabu pelos próprios LVM (os

discursos obtidos evidenciam alguma resistência por parte dos entrevistados, devido à dificuldade de se expressarem sobre um assunto tão íntimo).

Contudo este estudo permitiu o recurso à exploração das vivências, expectativas e dificuldades sentidas pelos portadores de LVM. Informação que poderá contribuir para a vivência da sexualidade dos entrevistados, melhorando a integração social e familiar se for utilizada pelos EEER como um elemento base para o questionamento acerca da prática clínica neste âmbito e, em consequência, poder despoletar inovação no âmbito dos cuidados de enfermagem, nomeadamente através do acompanhamento profissional adequado visando a (re)educação de novos padrões de funcionamento sexual, já que a reabilitação sexual depende da autoconfiança, motivação da parceira e profissionalismo competente.

Para finalizar apresentamos *sugestões* para novas investigações e prática do EEER. Embora tivéssemos considerado numa fase inicial a importância de auscultar mulheres portadoras de LVM, não foi possível. Pensámos que seria interessante, também, desenvolver um estudo qualitativo, para análise das perceções dos EEER, familiares e companheiras(os) dos portadores de LVM e quiçá a criação e implementação de projetos na área da enfermagem da reabilitação visando a abordagem da sexualidade com base no modelo PLISSIT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, Maria de Lurdes Pinto Pedro – O deficiente por TVM: Cuidados de enfermagem de reabilitação no doente com disfunção vesico-esfincteriana por traumatismo VM. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol.42, nº 1 (janeiro/fevereiro 1994), p.42-44.
- ALFERES, Valentim Rodrigues – **Encenações e Comportamentos Sexuais: Para uma Psicologia Social da Sexualidade**. Porto: Edições Afrontamento, 1997. ISBN 972-36-0421-3.
- ALMEIDA, Thiago; LOURENÇO, Maria Luíza – Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade?. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. São Paulo. ISSN 1809-9823. Vol. 10 (2007), p. 101-113.
- ALVES, Maria Célia; SOUSA, Maria Rosário; PINTO, Manuel António Sá – Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro Medular In PADILHA, José Miguel; [et al.] - **Enfermagem em Neurologia**. Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda, 2001, ISBN: 972-8485-18-2. p.107-128.
- ANDRADE, Maria João; GONÇALVES, Sofia – Lesão Medular Traumática, Recuperação Neurológica e Funcional. **Acta Médica Portuguesa: Revista Científica da Ordem dos Médicos**. Lisboa. ISSN 1646-0758. Nº 20 (2007), p. 401-406.
- ARAÚJO, Maria Irene Borges de; ROCHA, Jaime Franco da – Traumatismo vertebro-medular: análise da casuística do Hospital de São Marcos entre 1998-2002. **Boletim do Hospital de S. Marcos**. Braga. ISSN 0871-6579. Vol. XX, nº 1 (2004), p. 35-40.
- BARDIN, Laurence - **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. ISBN 978-972-44-1506-2.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari - **Investigação Qualitativa em Educação**. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN: 978-972-0-34112-9.
- BONG, Gary W.; ROVNER, Eric S. - Sexual health in adult men with spina bifida. **Scientific World Journal**. [s l.]. ISSN 1537-744X. Vol.7 (2007), p. 1466-1469.
- BORRELI, Milton – Disfunção Sexual. In GREVE, Júlia Maria D' Andréa – **Tratado de Medicina de Reabilitação**. São Paulo: Editora Roca Ltda, 2007. ISBN 978-85-7241-688-7.

- BURKHART, Beth A.; [et al.] – Reabilitação do Paciente com Traumatismo Raquimedular. In DELISA, Joel A.; [et al.] - **Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática**. São Paulo: Editora Editora Manole Ltda, 1992. p. 735-760.
- CARDOSO, Jorge - **Adaptação psicológica à lesão vertebro-medular: da centralidade da doença à centralidade do sujeito**. Lisboa: ISPA, 2000.
- CARDOSO, Jorge – Sexualidade e Deficiência Física. In FONSECA, Lígia, SOARES Catarina, VAZ Júlio Machado – **A Sexologia – Perspectiva Multidisciplinar I**. Coimbra: Quarteto Editora, 2003. ISBN 989-558-015-0. p. 499-511.
- CARDOSO, Jorge – **Sexualidade na doença crónica e na deficiência física**. [Em linha]. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Vol. 20, n.º 3, p. 385-394, 2004. [Consultado em 20 jan. de 2015]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.rpmgf.pt/pjs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10046>>. ISSN 2182-5173.
- CARDOSO, Jorge Manuel Santos – **Sexualidade Masculina Pós-Lesão Vertebro-Medular**. Porto: Universidade de Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2003. Dissertação de doutoramento.
- CARPENTER, Dona Rinaldi - **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. Loures: Lusodidacta, 2002. ISBN 972-8383-29-0.
- CARVALHO, Zuila Maria de Figueiredo – O Significado da Paraplegia para pacientes internados: Implicações para o Cuidado de Enfermagem. **Pensar Enfermagem**. [s l.] ISSN 0873-8904. Vol. 6, nº2 (julho/dezembro 2002), p. 16-24.
- CAVALGANTE, Karenine Maria Holanda; [et al.] – Vivência da Sexualidade por Pessoas com Lesão Medular. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**. Fortaleza. ISSN 1517-3852. Vol. 9, nº 1 (janeiro/março 2008), p. 27-35.
- CHIZZOTTI, António - **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006. ISBN 8532633900.
- COLE, Sandra S.; COLE, Theodore M. – Reabilitação de Problemas da Sexualidade nas incapacidades físicas. In KOTTKE, Frederic J.; LEHMANN, Justus F. – **Krusen: Tratado de Medicina Física e Reabilitação**. 4ª ed. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1994. ISBN 85-204-0184-8.

- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – **Telecomunicações e Incapacidade**. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação, 1994. ISBN 972-9301-08-5.
- COMITÉ do PHTLS da NATIONAL ASSOCIATION of EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS – **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2004. ISBN 85-352-1362-7.
- COSTA, Viviane de Souza Pinho; [et al.] – Representações sociais da cadeira de rodas para a pessoa com lesão da medula espinhal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol. 18, nº 4 (julho/agosto, 2010), p. 1-8.
- CUNHA, Maria José Santos - **Investigação Científica. Os passos da Investigação Científica no Âmbito das Ciências Sociais e Humanas**. Vila Real: Ousadias, 2009. ISBN 978-989-95913-2-5.
- DAVIS, Sally; TAYLOR, Bridget – From Plissit to Ex-Plissit In DAVIS, Sally - **Rehabilitation: the use of theories and models in practice**. Oxford: Elsevier, 2006. ISBN 0443100241. p. 101-130.
- DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL - **Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos**. Helsínquia. 2013.
- DELISA, Joel A. - **Medicina de Reabilitação**. São Paulo: Editora Editora Manole Ltda, 2002. ISBN 85-204-0077-9.
- DUCHARME, Stanley; [et al.] - Função Sexual: Aspectos Clínicos e Psicológicos. In DELISA, Joel A.; [et al.] - **Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática**. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1992. ISBN 85-204-0077-9. p. 601-621.
- DUCHENE, Pamela M. - Educação e Aconselhamento Sexual. In HOEMAN, Shirley P. - **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**, 4ª ed. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didáctico, Lda. 2011. ISBN 978-989-8075-31-4. p. 591-626.
- FARO, Ana Cristina Mancussi – **Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber**. [Em linha]. Revista da Escola de Enfermagem da USP [São Paulo]. Vol. 40, nº 1, 2006. [Consultado em 12 dez. de 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>>. ISSN 0080-6234.

- FERNANDES, E. M.; MAIA, A. - Grounded theory. In FERNANDES, E. M. e ALMEIDA, L. S. (ed. lit.) - **Métodos e Técnicas de Avaliação: Contribuições para a Prática e Investigação Psicológicas**. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2001, p. 49-76.
- FLICK, Uwe - **Métodos Qualitativos na Investigação Científica**. São Paulo: Artmed Editora, 2005.
- FONSECA, Ana Paula de Oliveira Freire Escada da; MORAIS, Ana Maria Martins – A Sexualidade nos Paraplégicos nos T.V.M. **INFORMAR: Revista de Formação Contínua em Enfermagem**. Porto. Ano 6, nº 25 (maio/agosto 2001), p. 22-29.
- FORTIN, Marie Fabienne – **Fundamentos e Etapas do processo de Investigação**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- GARCÍA-VERDUGO, Maria Fernanda Arroyo, HERNÁNDEZ, Maria Teresa Garrido PALOMO, Ricardo Rosell - Lesionado medular: cuidados generales e higiene. **Revista ROL de Enfermería**. Barcelona. ISSN 0210-5020. Vol. 30, nº 5 (maio 2007), p. 31-39.
- GARRET, Ana Maria Roque – **Contributos Para a Reabilitação da Sexualidade dos Lesionados Medulares: Elaboração de um Programa Reabilitador**. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2011. Tese de doutoramento.
- GARRET, Ana Maria Roque – Questões de Ordem Sexual: Análise Qualitativa das Dúvidas após uma Lesão Medular. **Acta Médica Portuguesa: Revista Científica da Ordem dos Médicos**. Lisboa. ISSN 1646-0758. Vol. 25, nº 1 (janeiro/fevereiro 2012), p. 15-19.
- GARRETT, Ana; MARTINS, Fernando; TEIXEIRA, Zélia - A actividade sexual após lesão medular - Meios terapêuticos. **Acta Médica Portuguesa: Revista Científica da Ordem dos Médicos**. Lisboa. ISSN 1646-0758. Vol. 6, nº 22. (2009a), p. 821-826.
- GARRETT, Ana; MARTINS, Fernando; TEIXEIRA, Zélia - Da actividade sexual à sexualidade após uma lesão medular adquirida. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde: Edições Universidade Fernando Pessoa**. Porto. ISSN 1646-0480. 6 (2009b). p. 152-161.
- GARRETT, Ana; TEIXEIRA, Zélia - A utilização do Modelo PLISSIT na abordagem da sexualidade do lesionado vértebro-medular por trauma. **Revista da Faculdade de Ciências**

- da Saúde: Edições Universidade Fernando Pessoa.** Porto. ISSN 1646-0480. Vol. 3, 2007. p. 237-244.
- GOFFMAN, E.- **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4.^a ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
 - GRECO, Susan B. [et al.] - Educação e Aconselhamento Sexual. In: SHIRLEY, P. HOEMAN- **Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Progresso.** 2^a ed. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4. p. 647-683.
 - GREVE, Júlia Maria D' Andréa – **Tratado de Medicina de Reabilitação.** São Paulo: Editora Roca Ltda, 2007. ISBN 978-85-7241-688-7.
 - GREVE, Júlia Maria D' Andréa; ARES, Marcelo de Jesus – Reabilitação da Lesão da Medula Espinal. In GREVE, Júlia Maria D' Andréa – **Medicina de reabilitação aplicada à ortopedia e traumatologia.** São Paulo: Editora Roca Ltda, 1999. ISBN 85-7241-283-2.
 - HAWKEY, Brenda; WILLIAMS, Jane – **Role of the Rehabilitation Nurse.** London: Royal College of Nursing, 2007.
 - HESBEEN, Walter – **A Reabilitação. Criar novos caminhos.** Loures: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2003. ISBN 972-8383-43-6.
 - HOEMAN, Shirley P. - **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados,** 4^a ed. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didáctico, Lda. 2011. ISBN 978-989-8075-31-4.
 - HOEMAN, Shirley P. - **Enfermagem de Reabilitação, Aplicação e Processo.** 2^a ed. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2000. ISBN 972-8383-13-4.
 - HÜTER-BECKER, Antje; DÖLKEN, Mechthild – **Fisioterapia em Neurologia.** São Paulo: Livraria Editora Santos, 2008.
 - INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - **CIPE® Versão 1.0, Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 92-95040-36-8.
 - JACOB, Stantley W.; FRANCONI, Clarice Ashworth; LOSSOW, Walter J. – **Anatomia e Fisiologia Humana.** 5^a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1982.

- KOTTKE, Frederic J.; LEHMANN, Justus F. – **Krusen: Tratado de Medicina Física e Reabilitação**. 4ª ed. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1994. ISBN 85-204-0184-8.
- LoBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith – **Pesquisa em Enfermagem, Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA. 2001.
- LOBO, Alexandrina; [et al.] – Sexualidade na pessoa com lesão vértebro-medular. **Sinais Vitais**. Lisboa. ISSN 0872-0844. Nº 88 (janeiro 2010), p. 58-62.
- LOPES, Teresa Silveira – Traumatismo vértebro medular: boas práticas em enfermagem. **Sinais Vitais**. Lisboa. ISSN 0872-0844. Nº 97 (julho 2011), p. 17-22.
- MAGALHÃES, Sílvia; [et al.] – Disfunção Sexual Neurogénea em Paraplégicos – Estudo Retrospectivo. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação**. [s.l.]. ISSN 0872-9204. Vol. 24, nº 2 (2013), p. 31-35.
- MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi – A Sexualidade Depois da Lesão Medular: Uma Análise Qualitativa-Descritiva de Uma Narrativa Biográfica. **Interação em Psicologia**. Curitiba. ISSN 1981-8076. Vol. 16, nº 2 (julho/dezembro 2012), p. 227-237.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – O que é um Traumatismo da medula espinhal?. **Portal da Saúde – Ministério da Saúde**. [Em linha]. 2015. Data de publicação 01.09.2011. [Consultado em 21 jan. 2015]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/harvard/Doen%C3%A7as/traumatismo+medula.htm>>.
- MUSCOLINO, Joseph E. – **Cinesiologia, o sistema do esqueleto e a função muscular**. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didáctico, Lda. 2008. ISBN 978-989-8075-12-3.
- O’SULLIVAN, Susan B.; SCHMITZ, Thomas J. – **Fisioterapia: Avaliação e tratamento**. 2ª ed. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1993. ISBN 85- 204-0108-2.
- OLIVEIRA, Rui Aragão – O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. **Revista Portuguesa de Psicossomática**. Porto. ISSN 0874-4696. Vol. 6, nº 20 (janeiro/junho 2004). p. 63-67.

- OLIVEIRA, Rui Aragão – Para pensar...a dor depressiva na reabilitação da incapacidade física adquirida. **Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. Série 20, nº 3 (julho/setembro 2002). p. 471-478.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação – **Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. ISBN 978-989-96021-2-0.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**. [Em linha]. 2010. Atualizado a 20 novembro de 2010. [consultado em 10 jan. de 2015]. Disponível no WWW: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>>.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P.; BECK, Cheryl Tatano - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização**. Brasil: Artmed Editora, 2004. ISBN: 9798573079844.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. Divisão de Epidemiologia e Estatística - **Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e Produção do SNS**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2012a. ISSN 1645-889.
- PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde. Norma nº 015/2013. **Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2013.
- PORTUGAL. Direcção-Geral de Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012b.
- RAICH, Rosa Maria – **O Livro do Casal-Sexualidade**. Lisboa: Oceano Edições, 1982.
- REGULAMENTO n.º 125/2011. **DR II Série**. 125 (2011/02/18) 8658-8659.
- RODRIGUES, Cristina Alexandra Fernandes – Cuidados ao doente com traumatismo vertebro medular. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 188 (maio 2004), p. 36-41.
- RODRIGUES, Esmeraldina; OLIVEIRA, Lina; ALMEIDA, Zélia - Autocontrolo da continência urinária em pessoas com traumatismo vertebro-medular. **Nursing. Revista de**

Formação Contínua em Enfermagem. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 240 (dezembro 2008), p. 16-24.

- ROPER, N., LOGAN, W. W., TIERNEY, A. J. – **Modelo de Enfermagem.** 3ª ed. Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda., 1995. ISBN 972-9241-98-8.
- ROYAL COLLEGE OF NURSING – **Sexuality and sexual health in nursing practice - An RCN discussion and guidance document for nurses who want to develop their nursing practice in the field of sexuality and sexual health.** [Em linha]. [Consultado em 09 dez. 2014]. Disponível na WWW: <URL: http://www.rcn.org.uk/development/practice/diabetes/good_practice/sexual_health>.
- SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO Carlos Fernández; LUCIO María del Pilar Baptista – **Metodologia de Pesquisa.** 5ª ed. Porto Alegre: Penso Editora, 2013. ISBN 9786071502919.
- SCHNEIDER, Frederick J. – Lesão Medular Traumática. In UMPREHD, Darcy Ann – **Fisioterapia Neurológica.** 2ª ed. São Paulo: Editora Editora Manole Ltda. 1994. ISBN 85-352-3125-0. p. 421-477.
- SHCOELLER, Soraia Dornelles; [et al.] – Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** [Em linha]. Vol. 14, nº 1 (janeiro/março 2012), p. 95-103. [Consultado em 09 dez. 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/12453/15561>>. ISSN 1518-1944.
- SIMÕES, Dora; MEDEIROS, Camila Pinheiro - **Sexualidades sem fronteiras: vivências da sexualidade entre o segmento de pessoas com deficiências na cidade de São Paulo.** São Paulo: [s.n.] 2005.
- SMELTZER Suzanne C.; [et. al] - **Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 12ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA, 2011. ISBN 9788527718394.
- SOUSA, Luís Manuel Mota; FERREIRA Maria Alexandra Mano; COUTEIRO, Manuel José Rodrigues – Necessidades de Informação/Aconselhamento Sobre Sexualidade nas Pessoas com Lesão Vértebro-Medular. **Revista Portuguesa de Enfermagem.** Amadora. ISSN 0873-1586. Nº 7 (julho/agosto/setembro 2006), p. 36-39.

- STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona Rinaldi - **Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista**. 5ª ed. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. De Material Didático, Lda, 2013. ISBN: 978-989-8075-34-5.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Guião da entrevista

PLANO DE ENTREVISTA

A - QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO LESIONADO MEDULAR:

- Idade;
- Sexo;
- Estado civil;
- Nível de escolaridade;
- Profissão;
- Parceiro sexual antes e depois da lesão;
- Etiologia da lesão;
- Tempo de lesão;
- Tipo e nível de lesão;
- Onde esteve internado e durante quanto tempo;
- Tipo de locomoção ou mobilidade/uso de carro adaptado;
- Teve contacto com enfermeiro de reabilitação.

B - GUIA DE ENTREVISTA

OBJETIVOS/QUESTÕES

Obter elementos que caracterizam a sexualidade do lesionado medular.

- Para si, antes do traumatismo quais eram os aspetos da sexualidade (exemplos: prática sexual, preliminares, receber prazer/excitação, dar prazer, etc.) mais importantes? E depois deste ter acontecido, modificaram-se? Porquê?

Obter elementos que permitam conhecer a perceção do lesionado medular relativamente a aspetos da sua sexualidade considerados importantes antes e depois do traumatismo.

- Após o traumatismo e no momento em que tomou conhecimento da sua nova condição física, o que sentiu, em que pensou e o que fez? Face à sua nova condição que dificuldades e dúvidas sentiu? E agora, passado x tempo, o que pensa e como se sente?

Conhecer as estratégias utilizadas na adaptação da sexualidade após lesão medular.

- Quais as questões de ordem sexual que colocou ou gostaria de ter colocado ao enfermeiro de reabilitação?

- Que tipo de recursos e de equipamentos conhece e utiliza? E quem o informou acerca dos mesmos? A informação prestada foi suficiente? Se não, como fez para ultrapassar as dificuldades?

Conhecer o significado da intervenção do enfermeiro de reabilitação no processo adaptativo da vivência da sexualidade.

- Na sua opinião, a intervenção do enfermeiro de reabilitação foi importante para a vivência da sua sexualidade? Se sim, de que forma? Se não, o que gostaria que tivesse acontecido de diferente? O que fez (a quem recorreu) para ultrapassar as dificuldades?

APÊNDICE 2 - Termo de consentimento informado

(Via para o investigador)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu.....,
nascido(a) em/...../....., portador(a) do BI/Cartão do Cidadão n.º.....
declaro que:

Após devidamente esclarecido(a) da natureza e objetivos do estudo e com a garantia do meu anonimato e da confidencialidade dos dados, autorizo a utilização dos dados recolhidos para a realização de um estudo de investigação subordinado ao tema: “A sexualidade no lesionado medular”, realizado por uma estudante do III Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Em qualquer momento posso abandonar o estudo, não decorrendo daí quaisquer prejuízos ou desvantagem.

Viana do Castelo, de de 201....

Assinatura do investigador:

.....

Assinatura do entrevistado:

.....

(Via para a pessoa que consente)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu.....,
nascido(a) em/...../....., portador(a) do BI/Cartão do Cidadão n.º.....
declaro que:

Após devidamente esclarecido(a) da natureza e objetivos do estudo e com a garantia do meu anonimato e da confidencialidade dos dados, autorizo a utilização dos dados recolhidos para a realização de um estudo de investigação subordinado ao tema: “A sexualidade no lesionado medular”, realizado por uma estudante do III Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Em qualquer momento posso abandonar o estudo, não decorrendo daí quaisquer prejuízos ou desvantagem.

Viana do Castelo, de de 201....

Assinatura do investigador:

.....

Assinatura do entrevistado:

.....

APÊNDICE 3 - Cronograma de atividades

ANO/MÊS ACTIVIDADES	2014				2015					
	Setembro	outubro	novembro	dezembro	Janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho
Pesquisa Bibliográfica										
Enquadramento Teórico										
Pré-teste										
Recolha de dados										
Tratamento e análise dos dados										
Discussão e tratamento dos dados										
Elaboração do relatório										
Revisão e entrega do relatório										

APÊNDICE 4 - Matriz de redução de dados

ÁREA TEMÁTICA	
Funcionalidade sexual do lesionado medular	
<div>CATEGORIA</div> <div>SUBCATEGORIA</div>	Padrão de comportamento sexual antes da lesão medular
Sem iniciação da atividade sexual	<p>E4: “Era virgem, nunca tinha tido uma relação com uma mulher, ponto final.”</p> <p>E7: “(...) com 18 anos ou 19, uma pessoa se namorasse, isso não lhe interessava [sexo].”</p> <p>E8: “(...) não tinha chegado o momento, não tinha acontecido. (...) Naquela altura ainda não dava valor.”</p>
Dimensão física	E5: “ (...) relações, claro, uma pessoa nova gostava de ter.”
Dimensão relacional	<p>E1: “(...) essas coisas da sexualidade às vezes também é um bocado da cabeça.”</p> <p>E2: “(...) uma pessoa sentir o toque, o facto de haver a ejaculação e essencialmente o calor, no fundo, são tantos sentimentos.”</p> <p>E3: “Eu sempre fui brincalhão e gostava de tudo, de tocar claro e de fazer, não é, gostava com tempo.”</p> <p>E6: “Companhia, sexo, (...) intimidade (...) Tudo o que fazia complementava tudo. (...) tinha que ter conversa. (...) gostava um bocadinho de tudo. (...) gosto de primeiro tentar conquistá-la, (...) que gostem de falar e de preliminares, acho que essas é que me deixavam mais satisfeito.”</p> <p>E8: “A sexualidade envolve, envolve tudo, desde o companheirismo, desde, desde um simples toque, desde um beijo, uma carícia, isso faz parte do tudo. Faz tudo parte da sexualidade.”</p>
<div>CATEGORIA</div> <div>SUBCATEGORIA</div>	Padrão de comportamento sexual após a lesão medular
Dimensão física	<p>E1: “Quando se gosta de uma coisa e depois deixa de haver, então é a morte total. Também há prazeres na vida (...) se não há faca e garfo para comer, tem que se comer com a mão”.</p> <p>E7: “Costuma-se dizer que o sexo faz parte da vida.”</p> <p>E8: “(...) sexo oral.”</p>
Dimensão relacional	<p>E2: “(...) não estou a pensar em ter relações, porque eu para ter relações preciso de ter alguém ao meu lado que seja muito mais do que ter relações, e isso para mim é que é importante. (...) Eu acho que nestes casos é um bocado, muito mais o sentimento (...) o experimentar com uma pessoa só por experimentar não me diz nada, (...) Tem que haver sentimento, (...) cumplicidade. (...) muita confiança um no outro.”</p> <p>E3: “A base de uma relação é ser livres, é o respeito e ser livres.”</p> <p>E4: “E estou a falar de uma relação, não só sexo, sexo para mim é um conjunto das duas. (...) Tudo, até o olhar, é verdade. Às vezes um olhar, um gesto, se calhar a mim dá-me mais prazer do que o sexo propriamente dito (...) é a envolvimento, não é o ato propriamente dito, é tudo o que envolve, é o carinho, é o conhecer corpo, é o explorar o corpo de um é o explorar o corpo do outro. Se calhar eu tenho muito mais prazer nos preliminares.”</p> <p>E5: “(...) a gente fazia um bocado de amor, e tudo (...) fazer umas carícias sim.”</p> <p>E6: “Valorizo tudo na mesma. Também gosto de estar ali na conversa. Gosto que me toque e gosto de tocar, dos preliminares, tudo. É como se costuma dizer: é pacote completo. (...) dar mais importância aos</p>

	<p>pequenos passos e tudo.”</p> <p>E7: “(...) damos valor a coisas que antigamente não dávamos (...) já dou mais valor a outras coisas que se calhar não dava antes, ao relacionamento em si, o gostar da pessoa, os preliminares e tudo isso (...) ao carinho, (...) após o acidente, a gente dá mais valor a outras coisas.”</p> <p>E8: “(...) conversar e tudo mais, é que as pessoas começam a ter uma intimidade mais próxima e um à vontade para falar também. (...) Para mim a sexualidade, o estar com uma mulher é desde os beijinhos, os carinhos.”</p>
ÁREA TEMÁTICA	
<i>Dificuldades na expressão da sexualidade</i>	
CATEGORIA	Autoimagem comprometida
SUBCATEGORIA	
<i>Percepção face aos outros</i>	<p>E1: “Naquela altura ninguém falava nesse assunto.”</p> <p>E4: “(...) as outras pessoas não pensam que tu tens essa necessidade. (...) A minha mãe pensava que eu não fazia nada, pronto, normal. (...) As pessoas pensam que o deficiente tem uma sexualidade suja. (...) Porque as pessoas olham para nós como uma coisa à parte. Nós somos deficientes, não somos homens. Portanto nós estamos assim não temos direito a ter sexo, não temos direito a ter sensações, não temos direito a prazer, é isso. (...) a sociedade ainda não está aberta para este tipo de vivência e de sentir o outro como um ser normal, com direito a sentir, a viver e a ter prazer.”</p> <p>E6: “ (...) ainda há muitas pessoas com preconceito, de uma pessoa em cadeira de rodas ou de uma pessoa normal. Há alguns que só por estar com a cadeira de rodas se calhar já não pensam tanto como homem, como se fosse o outro. Ainda há alguns, nota-se, não são todos, mas ainda há. Depois há quem ache que não tem interesse nenhum.”</p> <p>E8: “ (...) a sexualidade era um bocado tabu, muito, muito mesmo. Na altura era muito mais, era muito mais apesar do pouco conhecimento, aliás na altura não se falava, ponto final. Não se perguntava. Em casa por exemplo, os pais conversarem com os filhos era impensável (...) aliás ninguém falava, desde a nossa casa, a nossa vida familiar, ninguém falava, pronto era um assunto, o sexo, a sexualidade era um segredo que nós tínhamos, a nossa relação, toda a gente, nós de uma forma geral, e tentávamos esconder ao máximo. (...) então nas zonas mais rurais então isso era impensável falar-se (...) a sexualidade no meio rural continua a ser um tabu, ponto final. Continua, as pessoas ainda têm uma aversão a falar disso.”</p>
<i>Privacidade</i>	<p>E2: “É porque no fundo acabamos por não ter a dita privacidade que qualquer pessoa tem.”</p> <p>E4: “Mesmo com a minha empregada, no início é muito complicado, nós não temos privacidade. (...) nunca temos intimidade, o meu espaço é um bocado o espaço dos outros. É normal que as pessoas se toquem a si próprias, eu nunca tive isso, ou seja, sentir-me a mim próprio é difícil porque nós não temos intimidade. Ou seja, o nosso espaço é o espaço dos outros todos. (...) Mesmo quando estás a tomar banho está sempre uma pessoa contigo.”</p> <p>E6: “Se eu precisar de trazer uma amiga a casa ou assim, ou a minha namorada também, estava aqui ou ia para o quarto ou até eles [pais] às vezes, iam sair. Eu assim tinha privacidade para estar à vontade. (...) No</p>

	meu caso, pessoas como eu, somos um bocado privados disso, mas também gostamos de ter um certo espaço nosso.”
<i>Dependência de terceiros nas necessidades humanas básicas</i>	<p>E2: “(...) o facto da gente depender de outras pessoas para quase tudo mexe muito connosco (...) Posso ajudar, mas preciso sempre de alguém para me ajudar. (...) em termos de qualidade de vida acabamos por não ser independentes e acabamos por ter de depender sempre das outras pessoas e temos que nos guiar, pelo pensamento das outras pessoas, não pela nossa vontade. (...) Tenho o meu irmão é ele que me ajuda, se bem que tenho a higiene pessoal e tudo mais pelo apoio domiciliário.”</p> <p>E4: “(...) posso viver a minha vida, como eu quiser entre aspas porque eu preciso de outra pessoa. (...) a minha mãe vem aí e tenho uma empregada que de manhã vem-me vestir. (...) o meu corpo não é o meu corpo é o corpo dos outros todos.”</p> <p>E6: “(...) a gente perde muita coisa, mas também não tem por onde fugir, não conseguimos. É um bocado chato. Não é bem o normal, é o que tem que ser, é por aí. (...) Não posso fazer nada para contrariar isso. (...) Apesar de a minha mãe já ter aprendido a fazer cateterismos e a mudar a algália, no início era constrangedor, acho que é para qualquer um (...) Eu preciso de ajuda em quase tudo, vestir, despir, passar de roupa ou não. (...) Mesmo para o duche, na cadeira de banho e tudo, é o meu pai.”</p>
<i>Aceitação versus não-aceitação da cadeira de rodas</i>	<p>E1: “(...) a minha cadeira vai sempre na mala do carro. Não me sinto bem com aquela companhia (...) a cadeira, a mim mete-me impressão. Claro que não é bom.”</p> <p>E3: “Na cadeira de rodas há parte positiva e parte negativa (...) Esquecer, nunca vai esquecer, a cadeira não dá para esquecer.”</p> <p>E5: “Adaptei-me melhor quando tive a cadeira elétrica, aí é que eu já me expandia, já andava mais à vontade.”</p> <p>E6: “Não sei porquê não me sinto bem nela. Deve ser por ser muito grande que ela faz plano inclinado e é muito grande e para andar na rua, não sei, acho que é muito grande [cadeira elétrica]. (...) é um bocado diferente porque agora eu não posso ir atrás dela, agora para ter têm que elas vir ter comigo. Já é diferente como eu não tenho tanta mobilidade já é mais difícil eu estar com elas.”</p> <p>E7: “Viver com certas limitações é sempre complicado.”</p>
<i>Alterações e complicações da lesão vertebro medular</i>	<p>E1: “(...) num paraplégico basta a gente mover-se um bocadinho para a placa cair (...) ninguém pode ir abaixo, a gente tem que ficar, tem que começar tudo de novo, que aliás basta um espasmo ou outra coisa que atira tudo abaixo.”</p> <p>E2: “(...) para além de não termos, de perder a reação, não controlamos o simples facto de sentirmos calor ou frio, acabamos por não sentir nada, nem o toque, o toque acaba por ser sentido de forma diferente. (...) noto uma grande diferença ao nível da reação ao toque, a partir do peito para baixo.”</p> <p>E2: “(...) temos a chamadas disreflexias, os vários sintomas de ter por exemplo uma algália entupida, é muito importante para nós.”</p> <p>E5: “Não, nada, nem para urinar, nada, não sinto nada.”</p> <p>E6: “Eu tenho muita [espasticidade] mas quebra rápido. Qualquer coisita...”</p> <p>E8: “(...) devido a não ter sensibilidade, não consigo controlar.”</p>
<i>Resposta genital</i>	<p>E1: “(...) tudo nunca pode ser porque não há ejaculação.”</p> <p>E2: “(...) é diferente mas também pode ser bom. (...) no fundo, acaba por</p>

	<p>não ser aquilo que a gente esperava. (...) a sensação que a gente tem é que funciona, mas acaba por não ser o resultado que a gente esperava. (...) da primeira vez é um grande impacto porque a gente pensa que as coisas vão funcionar como antes e isso não acontece. (...) Ejaculação nem pensar. (...) O facto de não haver ejaculação, pelo menos para um homem, penso que é uma coisa que marca. Lá está a ereção, por vezes, é espontânea, é uma coisa que nós não conseguimos controlar a 100%.”</p> <p>E4: “(...) ele [pénis] é autónomo. Mas, agora já comecei a compreendê-lo, já começo a dar-lhe a volta, mas é complicado. E para mais quando estamos na expectativa é quando aquilo sai furado.”</p> <p>E5: “(...) mesmo que a mulher tivesse nua eu não tinha reação nenhuma.”</p> <p>E6: “(...) a minha ereção tanto pode ser ao toque ou com o pensamento, eu tenho as duas, às vezes com o toque não tenho (...) eu continuei com ereção na mesma, só que por exemplo ejaculação eu não tenho (...) A gente chega a atingir um orgasmo na mesma, mas claro que não é igual. Não sei como explicar, tem-se o mesmo prazer, tem-se tudo na mesma.”</p> <p>E8: “(...) tenho ereção espontaneamente (...) apesar de não conseguir ter uma relação sexual como um homem normal, eu não consigo ter uma penetração.”</p>
<i>Gestão da incontinência</i>	<p>E1: “(...) é como controlar os esfíncteres e tudo.”</p> <p>E2: “Não faço [esvaziamentos] porque não tenho ninguém que me faça. (...) Eu não consigo.”</p> <p>E3: “Tinha de fazer o esvaziamento porque também não ia estragar a saúde da mulher, se tivesse a bexiga cheia e estivesse a fazer estava sujeito a urinar dentro da mulher, da vagina.”</p> <p>E4: “(...) antes de me envolver esvazio a bexiga, tento controlar, mas às vezes tenho de urinar, acontece, fico chateado, mas acontece.”</p> <p>E5: “Tenho fralda, uso fralda, usei sempre fralda.”</p> <p>E6: “(...) quando ela está a ficar cheia eu sinto e aí eu digo: preciso de esvaziar a bexiga. Eu não tenho hora certa. (...) como me sinto, posso estar duas horas e ter vontade de urinar e posso estar seis. Se tiver que fazer esvaziamento é que é mais complicado um bocadinho.”</p> <p>E8: “(...) uso a algália permanente, porque eu não consigo, apesar de eu esvaziar a bexiga agora, se tirar a algália aguento pouco tempo mesmo, pouquíssimo tempo mesmo, portanto, não sei porquê, mas sempre foi assim.”</p>
<i>Privação de controlo do corpo na relação sexual</i>	<p>E1: “Eu não me posso pôr em cima dela. Eu posso, só que depois, portanto...”</p> <p>E2: “Tem que ser praticamente a outra pessoa a fazer tudo.”</p> <p>E3: “Agora estou assim, por cima é difícil, porque os pés ficam pesados, então estou a magoar, tem que ser praticamente de lado. (...) Só no movimento, antes podia-me pôr nas posições que quisesse e agora não.”</p>
CATEGORIA	Alteração nos papéis sociais
SUBCATEGORIA	
<i>Rejeição</i>	<p>E1: “(...) não vou logo dizer, eu sou paraplégico. (...) Algumas ficaram chateadas, porque é que não disseste logo? Muitas dizem que não têm problema, mas têm.”</p> <p>E4: “Primeiro eu não quero ser uma opção. (...) já sabemos como é o nosso corpo, nós sofremos pelo que os outros vão pensar. Também medo, ao fim ao cabo é uma rejeição. Nós já estamos habituados a ser rejeitados, é complicado lidar com a rejeição. (...) não tens um <i>feedback</i></p>

	<p>é isto é aquilo e ficas na dúvida, então estás sempre a pôr a culpa em ti, porque tu és diferente, tu não és capaz, porque se calhar tu não consegues ser a pessoa que ela queria que eu fosse. Passa tudo por aí.”</p> <p>E7: “Claro que é uma coisa que a gente ao princípio não diz (...) Se tiver uma relação mais profunda aí sim, a gente fala. Agora se for uma coisa passageira, são coisas que não abordo.”</p> <p>E8: “(...) depois de levar alguns não de amigas, algumas relações que chegou a determinada altura que não deram certo (...) Tipo levar um não, dizer que eu não quero andar contigo porque tu não me vais conseguir satisfazer sexualmente. Inclusive tive uma dessas respostas, na altura não me magoou, depois magoou, porque caí em mim.”</p>
<i>Divórcio</i>	<p>E2: “(...) a maior parte dos divórcios nestes casos é devido à condicionante de ter que viver com uma pessoa que está ali ao lado e precisa de ajuda. (...) penso que para ela foi um choque muito grande porque a partir dali desenrola-se a parte de divórcio (...) as pessoas que estão ao lado, raras são aquelas que aceitam viver uma vida ao lado de uma pessoa que no fundo está dependente dela.”</p>
<i>Procriação</i>	<p>E7: “(...) claro que se eu não conseguisse ter [filhos] se calhar aí procurava e ia ver o porquê. Não, não foi o que aconteceu, naturalmente aconteceu.”</p> <p>E8: “(...) eu sempre achei que não era possível por não ter espermatozoides, pela forma normal. (...) Gostava de ter um filho, não aconteceu, gostava de tê-lo visto crescer, ter, fazer parte. (...) Foi um desses sonhos que eu vi desmoronarem-se.”</p>
<i>Implicações no relacionamento afetivo/relacional</i>	<p>E2: “Desgasta bastante [rotinas]. (...) mas eu penso que lá no fundo acaba por haver um desgaste enorme nela [esposa]. (...) o simples facto de dependermos de pessoas para cuidar é um bocado incomodativo e revoltante.”</p> <p>E4: “Eu também quando tiver uma relação com uma mulher não quero que ela seja minha empregada. As pessoas não têm noção que cuidar diariamente de mim, ia privar o casal daquela intimidade (...) programar muito as coisas, isso ia desgastar muito a relação. (...) é muito complicado viver em relação, dar a entender ao outro o que é para nós a sexualidade, porque aquele prazer que a outra tem, não pode estar à espera que seja o mesmo que nós temos (...).”</p>
ÁREA TEMÁTICA	
<i>Necessidades de informação do lesionado medular sobre sexualidade</i>	
CATEGORIA SUBCATEGORIA	Tipo de informação
<i>Sem transmissão de informação</i>	<p>E1: “Eles não falavam disso com ninguém. (...) essas conversas nunca eram tema para nós. (...) Eles dizem que explicam, não sei como está isso agora, mas nós nunca tivemos conversas nenhuma.”</p> <p>E4: “Por mais incrível que possa parecer, durante alguns anos de internamento e processo de reabilitação, nunca foi abordado o tema da sexualidade na deficiência. (...) É muito tabu, ainda hoje. A sexualidade é um tabu. A sexualidade na essência não existe. (...) ninguém me explicou como é que era e como é que acontecia. (...) Eu também compreendo que seja um bocado complicado para eles falar sobre o assunto, porque nós nunca vamos sentir o que eles estão a sentir, ou ao contrário, é complicado falar sobre sexualidade de uma pessoa, para nós o que é a sexualidade, é totalmente diferente. É complicado.”</p> <p>E5: “Quando fiquei assim deviam ter falado e não falaram. É importante</p>

	<p>porque faz parte da vida. (...) Podiam ter falado não é, a sexualidade faz bem que a gente nunca perde a ideia (...) eles também podiam dizer, agora no meu tempo não diziam, agora podiam dizer, ora bem, mas podiam dizer mesmo que a gente não perguntasse, podiam.”</p> <p>E7: “Acho que na altura se houvesse a informação que há hoje as coisas podiam ser diferentes (...) como nunca foi colocado a nós, a gente também nunca colocou.”</p> <p>E8: “Agora sobre essa situação não houve, não havia diálogo porque ninguém falava, ninguém falava. (...) talvez por o médico nunca ter insinuado, exatamente, porque se o médico na altura tivesse insinuado ou tivesse falado alguma coisa sempre criava-se uma relação, uma abertura talvez fosse mais fácil, o que não aconteceu pronto.”</p>
<i>Quem devia ter dado a informação</i>	<p>E3: “(...) perguntava diretamente à médica, à doutora.”</p> <p>E8: “Os hospitais deveriam falar, quer pessoal de enfermagem quer o pessoal médico, deveria, dever-se-ia falar mais abertamente porque é um assunto normal.”</p>
<i>Quando devia ser transmitida</i>	<p>E5: “Podia ser e devia ser logo no começo.”</p> <p>E6: “A gente está ali, tem percepção para umas coisas, mas acho que não pensa muito sobre o assunto. (...) Se calhar no início não, já era muita coisa a assimilar, mas mais para o fim. (...) nos últimos meses, começar a falar sobre isso e depois nas consultas também se fosse preciso falar sobre isso (...) nos últimos meses podiam dar um alerta, a dizer pode isto, pode funcionar, pode não funcionar, dar algumas luzes para a gente também não estar ali no escuro.”</p> <p>E8: “Logo no pós o acidente talvez acho que seja muito rápido, seja uma mudança. Cerca de um ano, sim, porque ter o acidente hoje e daqui a uma semana o Dr. dizer olha tu nunca mais vais poder estar com uma mulher nas circunstâncias normais, ahh, pronto, acho que se a pessoa fica assim numa situação dar-lhe outro choque, certo que é muito mau. Pronto, ou seja, teria que haver tipo uma preparação uns meses antes, ir preparando, pronto, se não é muito seguido, é tipo uma facada.”</p>
CATEGORIA	Fontes de informação
SUBCATEGORIA	
<i>Próprio</i>	<p>E1: “(...) a informação que eu tinha era a que o corpo dizia (...) eu é que procurei a informação, outras coisas, fui testando para ver.”</p> <p>E4: “Fui eu que conheci o meu corpo (...) Aprendi comigo, mas ainda bem, se me tivessem falado, eu ia ficar muito mais retraído. (...) é difícil nós conseguirmos explicar ao outro e ele sentir aquilo que nós estamos a pensar, porque é complicado. O nosso corpo é diferente, ponto. E conseguir abordar o outro, ou chegar à fala com o outro e conseguirmos explicar bem o que estamos a sentir é complicado.”</p> <p>E6: “Eu também nunca puxei muita conversa porque eu como me ia informando (...) também queria saber, também tentei-me informar pelos meus meios.”</p> <p>E7: “(...) vamos conhecer outra vez o nosso corpo, não é, prontos, vamos viver outra vez e conhecer. (...) Conhecemo-nos outra vez conforme fomos adquirindo a nossa autonomia, também fomos adquirindo a nossa autonomia nisso. (...) Uma pessoa vai conhecendo o nosso corpo e começa a aperceber-se.”</p>
<i>Médicos</i>	<p>E2: “(...) lá da palestra, lá da médica, que ajuda (...) houve lá várias palestras sobre esse assunto, em Y, lá com uma doutora. (...) em Y havia</p>

	<p>a abordagem, mas era sempre o médico.”</p> <p>E3: “(...) uma médica chegou à minha beira e perguntou-me: você não quer ter uma consulta, não sei quê, de sexualidade?”</p> <p>E4: “Eu cheguei a falar com um médico na altura, chegamos a fazer testes, com este urologista, e fizemos várias experiências, ele receitou-me medicação.”</p>
<i>Enfermagem</i>	<p>E1: “A enfermeira que falou isto comigo, ela tinha essa conversa comigo porque se não nessa altura, não tinha com ninguém.”</p> <p>E2: “Havia enfermeiros em que nós depois acabávamos por ter uma amizade maior e acabávamos por falar sobre tudo e logicamente tocávamos nesse aspeto.”</p> <p>E4: “Foi uma circunstância, conheci uma pessoa, que era enfermeira e foi que me ajudou.”</p> <p>E5: “Foi um enfermeiro em B. (...) O resto não, só foi aquele enfermeiro.”</p> <p>E6: “Eu só me lembro de uma [enfermeira] ter falado, mas era em tentar tipo guardar esperma, mas isso foi em conversa, não foi a falar sobre mim, estava a falar comigo, em conversa com outros, que às vezes guardavam tipo os espermatozoides <i>in vitro</i>.”</p>
<i>Pares</i>	<p>E5: “Nós falávamos uns com os outros.”</p> <p>E6: “O bom que tem ir a Z é que somos todos iguais (...) onde eu estava e ali a gente também troca experiências, fala com um, fala com outro (...) falávamos e não tínhamos problemas em falar e assim ajudávamos uns aos outros também.”</p> <p>E7: “Lá está, isso são coisas que se falam mais entre doentes, entre nós e isso. (...) falar com outra pessoa da mesma coisa e tudo também ajuda.”</p>
<i>Outros</i>	<p>E1: “Já havia livros disto tudo na altura e eu comprei muita coisa disso.”</p> <p>E6: “Há muitos que se calhar não falam assim com os pais. Eu também não falava assim, agora falo mais, mas também não é que fale muito, mas às vezes se aparecer alguma coisa falo e não tenho problemas. (...) no computador vou ver blogues e vou e aí também se tiram as dúvidas. Foram as pesquisas na internet. (...) vamos sempre a Exponor à feira erótica, vamos sempre ver lá as coisas, o que há.”</p>
ÁREA TEMÁTICA	
<i>Estratégias de adaptação do lesionado medular na sexualidade</i>	
CATEGORIA	Imagem corporal positiva
SUBCATEGORIA	
<i>Autonomia</i>	<p>E4: “Vou tentar melhorar o que puder o que não puder paciência, vamos para a frente, é para a frente que se vai, é assim mesmo.”</p> <p>E5: “É assim o que tem que ser é levar a vida como ela é, dentro daquilo que a gente pode, uma pessoa tem que se dar o jeito.”</p> <p>E6: “(...) cada conquista que a gente vá conquistando aos bocadinhos é uma boa conquista. (...) Tentar ganhar mais autonomia, isso era o ideal. (...) Claro que a gente sabe que tem sempre as limitações, tenta estabelecer alguns objetivos.”</p> <p>E7: “(...) a gente tem é que tentar ser melhor, ser mais independente.”</p> <p>E8: “(...) gosto de ir aqui ou ali e contar comigo próprio.”</p>
<i>Estratégias de conquista</i>	<p>E1: “(...) dizia que me doía muito uma perna, que tinha estado a jogar futebol e me aleijei.”</p> <p>E4: “Surpreender, conseguir surpreender todos os dias (...)”</p>

<i>Autoconfiança na vivência da sexualidade</i>	<p>E1: “(...) se um homem souber dar a volta a essa outra pessoa. Há outras formas de conquistar uma mulher.”</p> <p>E4: “O homem dito normal tem o prazer circunscrito a uma certa zona, mas não é por aí, eu também pensava que era assim, mas não. É muito mais do que isso. (...) Se calhar eu vivo a sexualidade de uma maneira que se calhar uma pessoa dita normal nunca vai lá chegar.”</p> <p>E6: “(...) homens normais todas estiveram, mas com homens de cadeira de rodas não, e às vezes, se calhar ainda dão mais prazer às mulheres do que outros.”</p> <p>E7: “(...) há pessoas em cadeira de rodas que não podem ter filhos, mas há pessoas, se calhar normais que não os podem ter (...) às vezes estamos com o pensamento noutra coisa ou isso, pode falhar, mas tanto pode falhar o paraplégico como pode falhar uma pessoa normal, eu não vou dizer eu falho, porquê? Hei, porque sou paraplégico.”</p> <p>E8: “Todos nós temos que nos adaptar, quer neste caso a esposa quer o marido ou vice-versa.”</p>
CATEGORIA SUBCATEGORIA	Obter e dar prazer
<i>Cuidados com a parceira</i>	<p>E1: “(...) a mulher fica satisfeita, e isso para mim é o importante. Não é eu dar uma de machão, mas para mim é o mais importante.”</p> <p>E2: “(...) acaba por nós que precisamos de ajuda ela tentar perceber o que é que queremos, não é o pedir, às vezes é no fundo o ajudar, a que no fundo também ela tenha prazer.”</p> <p>E4: “É o corpo, todo, dos pés à cabeça e o que está lá dentro (...) é o dar a conhecer o meu corpo e aquilo que eu sinto, como eu vivo a sexualidade, mas também conhecer o corpo dela. Existem dois corpos (...) partilhar o corpo ela comigo e eu com ela, é isso.”</p> <p>E6: “(...) a mulher tendo orgasmo, acho que tanto um como o outro, apesar de ser diferente, acho que os dois saem satisfeitos. (...) não é aquele sexo rápido, inclui mais coisas, mais conversa, mais toque, mais isto, e acho que se calhar é mais completo, e aí as mulheres depois podem apreciar mais.”</p>
<i>Exploração</i>	<p>E1: “Eu queria ver se excitava a pessoa percebe? Fazíamos umas brincadeiras.”</p> <p>E4: “Há outras maneiras de conseguirmos fazer coisas espetaculares, que me dá mais prazer a mim.”</p> <p>E6: “(...) eu já não consigo fazer as mesmas coisas que fazia não é, mas tento sempre dar, fazer o que consigo, a gente vai buscar sempre um bocadinho de imaginação para fazer outras coisas, é o que se pode fazer. Tentar buscar novas posições, qualquer coisa assim.”</p> <p>E7: “Aprendendo, tentando, como se fosse a primeira vez. Vai-se à descoberta, pronto, e tenta-se.”</p>
<i>Diálogo</i>	<p>E4: “(...) é uma questão de falar, eu sempre gostei de falar. (...) Era eu que lhe tinha que explicar a ela, era eu que lhe tinha de fazer ver a ela que isto é normal e ela fazer-me ver a mim, tem calma, isso é normal, vai acontecer (...) as minhas parceiras não têm que estar limitadas porque eu estou limitado.”</p> <p>E6: “(...) antes eu também explico um bocado a minha situação. (...) pus logo tudo em pratos limpos: olha não sei como é que isto funciona ao certo, dá dá, não dá, não dá, olha não sei. Sei que funciona agora como é que vai acabar, se vai durar ou não olha não sei. (...) Eu agora utilizo</p>

	mais a parte do falar.”
<i>Planificação</i>	E3: “(...) penso em fazer amanhã e tal, prontos, tomo dois [medicação].”
ÁREA TEMÁTICA	
<i>Recursos utilizados na vivência da sexualidade</i>	
CATEGORIA SUBCATEGORIA	Terapêutica farmacológica e/ou cirúrgica
<i>Medicação via sistêmica</i>	E1: “Eu muitas vezes usei Levrita®.” E2: “Relativamente à sexualidade eles davam Cialis®.” E3: “Só me falou no Cialis®.” E4: “(...) tinha que tomar o Cialis® 5 mg todos os dias. (...) Depois usei o Viagra® (...)” E6: “(...) sei que há comprimidos (...) Sei o Viagra® que é o mais conhecido, de resto não, nunca me informei porque não preciso.” E7: “(...) depois há, isso dos comprimidos e essa coisa toda. (...) O Viagra® (...)”
<i>Medicação via tópica</i>	E1: “Falavam (...) em injeções que se podiam dar, pois há muita coisa.” E4: “(...) passamos para o ... o injetável.” E6: “(...) sei que há injeções também.”
<i>Bomba de vácuo</i>	E1: “Falavam nas bombas de vácuo (...)” E4: “Os anéis e as bombas de vácuo, nunca experimentei.”
<i>Implante</i>	E4: “(...) possibilidade de pôr uma prótese peniana, que agora as novas que são insufláveis, têm um sistema que dispara. É a mais usada, depois à rígida, semi-rígida, insuflável.”
<i>Desconhece</i>	E5: “(...) da medicação nunca me falaram disso. (...) nunca me disseram nada, há injeções ou isto ou aquilo, nunca me disseram nada.”
CATEGORIA SUBCATEGORIA	Percepção sobre os recursos
<i>Experiência</i>	E1: “Na prática, a nossa situação é outra. (...) fui testando para ver (...) há muita coisa. (...) testei e funcionou [Levrita®].” E2: “(...) a medicação para durante o fim-de-semana, só davam um comprimido [Cialis®] para experimentar. (...) davam sempre a mesma dose. Acabava por ser um bocado limitador.” E3: “(...) se for de 5mg toma dois juntos, se for de 10 mg toma um e durante 3 dias não pode tomar mais nenhum. Vi que resultava e tomava um por dia [Cialis®].” E4: “(...) usei o Viagra®, mas isto para mim não serve. (...) o injetável é mais complicado mas torna-se mais envolvente porque alicio a minha parceira a fazê-lo. Ou seja, cria-se ali uma intimidade que se calhar não acontecia se eu tomasse o comprimido, por exemplo. Tenho que lhe explicar, ela toda preocupada no início recusava ter relações por medo de expor a situação, eu ensinava, olha faz assim, tens de te pôr de lado, tens de te pôr na vertical, mas para elas era complicado no início, depois pronto, tornava-se mais ou menos natural, mais ou menos, porque nunca era. (...) possibilidade de pôr uma prótese peniana (...) Veio-me propor a semi-rígida e eu oh Dr. esqueça, eu não sou daqueles bonequinhos que puxa o fio e..., mas é mesmo, porque depois não havia envolvimento, o tentar, o conseguir, não tinha valor nenhum, olha já está. No princípio fui testar para pôr essa, mas depois não quis, havia riscos que eu não quis assumir, porque podia haver uma rejeição ou uma infeção e depois aquilo não volta para trás. E eu, deixa estar quietinho que funciona mais

	<p>ou menos, é melhor do que não ter nada.”</p> <p>E5: “(...) nunca experimentei (...) Eu quero viver a vida não me quero meter nessas coisas, não, sei lá pode-me dar qualquer coisa, às vezes, não sei.”</p> <p>E6: “(...) de resto não, nunca me informei porque não preciso.”</p> <p>E7: “Nunca precisei. (...) Não me considero melhor nem pior do que ninguém, se tiver que usar algum medicamento, se não tiver que usar não uso (...) se calhar é da pessoa se acomodar, não é, porque experimentei uma vez e achei, como é que eu hei de explicar (...) acho que era um bocado psicológico (...) era uma coisa de não fazer esforço. A gente chega ali na relação, aquilo já está, está feito. Não é preciso a gente acariciar-se para sentir o corpo da outra pessoa e isso não há, não há isso.”</p>
<i>Custo</i>	<p>E1: “(...) Levrita®, custa-me caro. É uma coisa tipo Viagra®, tem é um defeito, é muito caro.”</p> <p>E4: (...) tinha que tomar o Cialis®, 5 mg todos os dias. (...) é muito caro. É uma necessidade básica, as pessoas não têm noção disso.”</p>
ÁREA TEMÁTICA	
<i>Intervenção do enfermeiro de reabilitação na vivência da sexualidade</i>	
CATEGORIA SUBCATEGORIA	Contacto com o EEER
<i>Ocorreu</i>	<p>E2: “Tive. Inicialmente eles apresentavam-se. (...) E por vezes, havia o acompanhamento de enfermeiros de reabilitação.”</p> <p>E7: “(...) em X há vários tipos de enfermeiros, nós tínhamos a enfermeira de AVD (...). Acho que essa parte já é parte do enfermeiro de reabilitação.”</p>
<i>Relação estabelecida</i>	<p>E2: “(...) o enfermeiro estava lá constantemente, todos os dias. Acabava por ter sempre o enfermeiro, acompanhava-me sempre no dia-a-dia, embora ele trabalhasse por turnos, acabávamos por ter uma relação. (...) O enfermeiro tem sempre uma abordagem muito, muito humana. O enfermeiro é muito mais uma pessoa que presta os serviços que presta, no fundo, acabava por ser ali um amigo. (...) é mais amigo, mais, não tão técnico, mas mais amigo (...) fazes assim, depois tens de ter cuidado, olha não te esqueças disto, acaba por ser uma pessoa amiga que está ali a falar contigo.”</p> <p>E3: “(...) Eu falava para os enfermeiros e para os doutores como se fossem pessoas da família, nunca tive problemas e nunca me escondia de nada, o que tivesse a dizer dizia.”</p> <p>E4: “(...) é ele que passa a maior parte do tempo com o doente, conhecendo-o como nenhum outro membro da equipa multidisciplinar que o acompanha, reconhecendo as suas necessidades e ajudando-o no ultrapassar de obstáculos que vão surgindo ao longo do processo de aprendizagem do funcionamento de um corpo novo e desconhecido que agora possui. (...) Mas aquilo é preparar mais a pessoa para a realidade.”</p> <p>E5: “(...) enfermeiras dava-me bem. (...) dava-me muito bem com elas porque eu é que preciso deles (...).”</p> <p>E7: “(...) eles vão lá e explicam, vêm o que a gente sabe e após isso vão-nos explicando se a gente está a fazer bem ou se não está (...) Estou a falar para uma pessoa que é técnico sobre aquilo. (...) a gente aprende, vai adquirindo o à vontade para falar com enfermeiras e tudo.”</p> <p>E8: “(...) tive pessoal de enfermagem de uma dedicação extrema.”</p>
<i>Não identifica/não ocorreu</i>	E1: “Desses, eu não tive nenhum.”

	<p>E4: “Não, não havia.”</p> <p>E5: “Não havia especialidade nenhuma ali, não, não havia. Tinha lá só uma enfermeira muito boa (...).”</p> <p>E6: “Eles podiam falar, mas agora se havia algum específico acho que não. Todos falavam, uns de umas coisas outros de outras, mas de resto acho que não.”</p> <p>E8: “(...) deram-me algumas indicações [enfermeiro], agora já não me recordo quais precisamente.”</p>
CATEGORIA SUBCATEGORIA	Contributos de intervenção do EEER
<i>Esvaziamentos</i>	<p>E2: “Antes do ato sexual fazer o esvaziamento. Na altura ele [enfermeiro] falou-me que há uma maior irrigação de sangue nessa parte e poderia afetar tanto ao nível da contração de bexiga como talvez perdas que poderia ter de urina. E após meia hora voltar a fazer outra vez.”</p> <p>E6: “(...) esvaziamento é que é mais complicado um bocadinho (...) mas dizem eles que é melhor assim porque a bexiga está sempre educada a encher, esvaziar (...).”</p> <p>E7: “(...) [esvaziamentos] de quatro em quatro horas (...) eles dizem que é melhor e para mim foi o melhor método que houve, não é, em termos de bexiga. Em termos de infeções e tudo. E de independência também.”</p>
<i>Sonda vesical</i>	<p>E2: “Havia uma preocupação muito grande em explicar a situação do uso da algália (...) E quais os sintomas de possíveis infeções. O facto de nós termos que beber bastante água.”</p> <p>E8: “(...) então comecei a usar a algália, por uma questão de ser mais fácil, mais prático, pronto, tipo eu é que faço isso tudo, quer ponho a algália quer a substituo (...) ensinaram-me a fazer isso e eu fui, ao longo dos anos, fui adquirindo experiência.”</p>
<i>Abordagem sexualidade</i>	<p>E2: “(...) falamos sobre muitas coisas e havia uma parte que ele próprio focava, mesmo na medicação quando eles davam a medicação para levar de fim-de-semana, mandavam sempre o Cialis® e explicavam olhe isto é para tomar, para experimentar.”</p> <p>E4: “Tive contacto com o enfermeiro de reabilitação, não tive foi nesse aspeto (...) não tem tempo para prestar cuidados como têm tempo para falar com as pessoas? (...) enfermeiro não tem tempo para isso. (...) não terem tempo, não terem à vontade, nós também não termos à vontade, tudo junto. (...) Se calhar na prestação de cuidados nunca acontecia, porque eu estou exposto. E estou a ver uma pessoa que está a prestar cuidados e ia sentir-me retraído.”</p> <p>E6: “Eles explicar, não é que expliquem diretamente.”</p>

